

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA



PROGRAMA
INTELIGENCIA EMOCIONAL

Bienio: 2006/2008

PERIODO DE INVESTIGACIÓN TUTELADO

Curso académico 2007/2008

ESTRÉS COTIDIANO AUTOPERCIBIDO Y PSICOPATOLOGÍAS EN LA INFANCIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN TUTELADO

Presentado por Eugenia Fernández Martín

Dirigido por el Dr. Enrique Fco. Maldonado Montero

MÁLAGA, 2008

INDICE

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. ESTRÉS COTIDIANO INFANTIL	
2.1. DEFINICIÓN DE ESTRÉS.....	10
2.2. DIMENSIONES DEL CONCEPTO DE ESTRÉS.....	11
2.2.1. ENFOQUES CONCEPTUALES.....	11
2.2.2. CATEGORÍAS DE ESTRÉS COMO ESTÍMULO.....	13
2.2.2.1. Estrés vital, acontecimientos vitales estresantes.....	13
2.2.2.2. Estrés crónico.....	13
2.2.2.3. Estrés cotidiano.....	14
2.3. ESTRÉS COTIDIANO EN LA INFANCIA.....	14
2.4. CONTEXTOS EN LO QUE SURGE EL ESTRÉS COTIDIANO INFANTIL.....	16
3.4.1. Contexto escolar.....	16
2.4.2. Contexto del grupo de iguales.....	17
2.4.3. Contexto familiar.....	18
2.4.4. Contexto de la salud física y mental del niño.....	19

2.5. ESTRÉS Y SEXO

2.5.1. Diferenciación sexual.....	20
2.5.2. Estrés y diferencias de género en niños.....	23

2.6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN NIÑOS.....

2.6.1. Evaluación psicopatológica.....	25
2.6.2. Instrumentos para la evaluación basados en el sistema diagnóstico categorial.....	26
2.6.3. Instrumentos de evaluación basados en el sistema dimensional.....	26
2.6.4. Instrumentos de evaluación basados en la observación.....	27

3. VULNERABILIDAD AL ESTRÉS Y PSICOPATOLOGÍA

3.1. AFECTACIÓN EN NIÑOS: PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO....

3.2. MODELOS SOBRE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS Y PSICOPATOLOGÍA.....

3.2.1. Modelos de diátesis-estrés.....	30
3.2.2. Modelos de estrés y psicopatología: Papel del niño en el estrés experimentado.....	36

3.3. FACTORES DE RIESGO EN PSICOPATOLOGÍA.....

3.3.1. Factores de riesgo individuales en psicopatología del desarrollo....	38
3.3.2. Factores de riesgo contextuales en psicopatología del desarrollo....	49

INVESTIGACIÓN

4. ESTUDIO EMPÍRICO

4.1. Introducción.....	56
4.2. Objetivos.....	56
4.3. Método.....	57
4.3.1. Participantes.....	57
4.3.2. Instrumentos.....	58
4.3.2.1. Inventario Infantil de Estresores Cotidianos.....	59
4.3.2.2. Cuestionario de Estrés en Niños.....	60
4.3.2.3. Inventario de Comportamiento del niño para profesores...	61
4.3.3. Diseño.....	62
4.3.4. Procedimiento.....	63
4.3.5. Análisis Estadístico de datos.....	64

5. RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivos.....	66
5.2. Análisis de correlación.....	69
5.2.1. Estrés cotidiano infantil y psicopatologías.....	69
5.2.2. Estrés cotidiano infantil y psicopatologías en niños.....	71
5.2.3. Estrés cotidiano infantil y psicopatologías en niñas.....	73

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... 76

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 83

8. ANEXOS

Anexo 1. Inventario infantil de estresores cotidianos (IIEC).....	116
Anexo 2. Inventario de estrés en niños (EeN).....	119
Anexo 3. Inventario del comportamiento del niño para profesores (CBCL-TRF)..	121

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

Figura 4. 1. Descripción del sexo de los participantes del estudio.....	58
Figura 4. 2. Descripción de la edad de los participantes del estudio.....	58

TABLAS

Tabla 3. 1. Diferencias entre niños y niñas en sintomatología internaizada: los trastornos depresivos.....	41
Tabla 3. 2. Diferencias entre niños y niñas en sintomatología internaizada: trastornos por ansiedad.....	43
Tabla 3.3. Diferencias entre niños y niñas en sintomatología externaizada: trastorno de conducta.....	45
Tabla 3. 4. Resumen sobre tipo de temperamento y patología de riesgo: ansiedad, depresión.....	48
Tabla 3.5. Pobreza y sus factores de riesgo en relación con trastornos de comportamiento en el niño.....	51

Tabla 3. 6. Asociación entre estilo educativo de los padres y psicopatología internalizada en los hijos.....	53
Tabla 3. 7. Asociación entre estilo educativo de los padres y psicopatología externalizada en los niños.....	54
Tabla 5. 1. Estadísticos descriptivos de las escalas de trastornos psicopatológicos y estrés cotidiano infantil en la muestra total.....	67
Tabla 5. 2. Estadísticos descriptivos de las escalas de trastornos psicopatológicos y el estrés cotidiano infantil en la muestra en función del sexo: Niño.....	68
Tabla 5. 3. Estadísticos descriptivos de las escalas de trastornos psicopatológicos y estrés cotidiano infantil en la muestra en función del sexo: Niña.....	68
Tabla 5. 4. Coeficientes de correlación de Pearson entre estrés cotidiano infantil autopercibido y diversos índices de sintomatología psicopatológica en la muestra total.....	70
Tabla 5. 5. Coeficientes de correlación de Pearson entre estrés cotidiano infantil autopercibido y diversos índices de sintomatología psicopatológica en función del sexo: Niño.....	72
Tabla 5. 6. Coeficientes de correlación de Pearson entre estrés cotidiano infantil autopercibido y diversos índices de sintomatología psicopatológica en función al sexo: Niña.....	74

Tabla 5. 7. Relación de las variables estrés cotidiano autopercibido y diversos síntomas psicopatológicos, destacando las altamente significativas y las tendencias.....	75
--	----

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN

El término estrés se ha convertido en un vocablo habitual en nuestra sociedad actual, tratándose de un término complejo, utilizado por una gran cantidad de investigaciones que han ido aportando las diversas ciencias, desde la psicología hasta las distintas especialidades biomédicas. Además, dicho término se ha relacionado habitualmente con la sintomatología psicopatológica que puede existir asociada a aquel (Sandi, Venero y Cordero, 2001).

Y es que, ciertamente, el estrés se ha asociado, en múltiples estudios, con distintos tipos de alteraciones en la salud tanto física como mental de los individuos, y que frecuentemente se traduce como una mayor vulnerabilidad al desarrollo de diferentes sintomatologías. Algo que sucede particularmente cuando el estrés nos afecta de forma prolongada. Todo ello ha contribuido, por tanto, a generar una visión del estrés relacionada con síntomas patológicos y psicopatológicos (Sandi et al., 2001).

Existen algunos estudios que prueban la relación del estrés de bajo impacto con la presencia de signos y síntomas psicopatológicos en muestras infantiles (Evans y English, 2002), ahora bien, aún así, es evidente la escasez de investigaciones al respecto, y es que, indudablemente, se ha estudiado ampliamente el estrés de alto impacto, pero no tanto el estrés cotidiano. Por otro lado, y aunque la literatura referida a muestras clínicas es muy abundante, la referida a muestras no clínicas, es decir, de naturaleza normativa, es muy reducida.

Así pues, aún se precisa de un mayor número de investigaciones en el campo de estudio sobre el estrés cotidiano infantil con el objeto de clarificar la posible relación existente entre éste y la aparición de sintomatologías o problemas de psicopatología tanto internalizada como externalizada en niños.

A continuación se presenta una revisión sobre la definición y dimensiones conceptuales del concepto de estrés en la infancia, así como de los signos y síntomas propios de la manifestación del estrés cotidiano en niños, sus ámbitos de ocurrencia, y su relación en cuanto a la diferenciación sexual y evaluación psicométrica. Se continuará, revisando diversos modelos que desde el enfoque diatesis-estrés explican la relación entre el estrés y psicopatología. Finalizaremos nuestro marco conceptual, con una revisión de la psicopatología relacionada con estresores cotidianos, los cuales ejercen un importante rol en el desarrollo de problemas emocionales y problemas de conducta en la infancia y adolescencia.

2. ESTRÉS COTIDIANO INFANTIL

2.1. DEFINICIÓN DE ESTRÉS

A menudo, se ha identificado el término estrés con situaciones supuestamente extraordinarias que, de algún modo, son interpretadas como ajenas a lo que debería experimentar un individuo en circunstancias normales. Tal confusión puede deberse a múltiples razones, una de las señaladas principalmente se debe a una falta de consenso en la definición del concepto de estrés (Sandi et al., 2001), y es que dicho término a sido utilizado para denominar realidades tan distintas como: situaciones problemáticas, las respuestas del individuo a éstas, e incluso la interacción entre ambas como más adelante se comentará.

Respecto a los orígenes de este concepto, algunos autores han encontrado indicios de la utilización del término estrés para designar problemas y adversidades, si bien de forma no sistemática, que se remontan incluso al siglo XIV. No obstante, la más clara formulación de dicho concepto, tuvo lugar en el siglo XVII, en esa época se concibió el estrés como la relación entre la carga o fuerza externa ejercida sobre un objeto, y la deformación experimentada por éste, cuyo resultado dependerá tanto de las propiedades estructurales inherentes al objeto, como de las características de la fuerza externa. Este planteamiento, realizado desde el marco de la Física por autores pioneros como Hooke (1678), pone de manifiesto el carácter interactivo del estrés entre lo elementos o agentes externos (estresores) y la repuesta emitida por el objeto o sujeto. El concepto será retomado posteriormente desde disciplinas como la biología y la psicología. En concreto en el área de la fisiología, habría que destacar los trabajos de Selye (1936), quién utilizó este término para referirse a las reacciones fisiológicas del organismo provocadas por determinadas circunstancias o sucesos ambientales. Este

investigador propuso la existencia del síndrome de estrés biológico, más conocido como síndrome general de adaptación (Selye, 1956).

A este respecto, las definiciones del término estrés abogan por la actuación del organismo ante el ambiente (Cohen et al., 1995) aunque, cada una de estas definiciones, dependerán del modelo conceptual que se adopte.

Existen tres enfoques conceptuales tales como los basados en los modelos de estrés como estímulo, estrés como respuesta, y estrés como interacción estímulo-respuesta, y que a continuación se comentarán.

2.2. DIMENSIONES DEL CONCEPTO ESTRÉS

Tras mencionar las definiciones existentes del término estrés, es oportuno hacer mención a las dimensiones del mismo, especificando pues, los diversos enfoques conceptuales adoptados, los cuales se pueden agrupar en función de la visión del estrés como estímulo, como respuesta y como interacción estímulo respuesta. Junto a este triple enfoque dimensional del concepto estrés, es necesario además definir sus principales categorías o tipologías, que incluyen: el estrés vital o los sucesos vitales estresantes, el estrés crónico, y finalmente, el estrés cotidiano.

2.2.1. ENFOQUES CONCEPTUALES

Estrés como estímulo.

El estrés como estímulo es definido como cualquier acontecimiento ambiental que objetivamente amenaza al bienestar o la salud física y psicológica del individuo (Grant et al., 2003). Estas situaciones, denominadas como situaciones estresantes,

pueden pertenecer al ámbito personal, interpersonal, socioeconómico, etc. (Fierro, 2002). Aquí, por tanto, no tiene relevancia la evaluación cognitiva y/o emocional que el sujeto hace de la situación.

Estrés como respuesta

En este enfoque, el estrés es considerado atendiendo a la respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que requiera cualquier tipo de adaptación por parte del mismo (Selye, 1976). Es importante, dentro de este modelo, la ocurrencia de cambios tanto psicológicos como fisiológicos en la persona.

Estrés como interacción estímulo respuesta

El enfoque interactivo del estrés puede ser ejemplificado por el modelo transaccional, siendo este un ejemplo muy destacado del primero, en el que el estrés se concibe como la relación existente entre el sujeto y el ambiente, considerado por la persona como agotador o que excede sus recursos personales poniendo en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984/1986). Así mismo, el estrés es considerado como una medida extraída mediante autoinformes, y por tanto subjetiva, totalmente dependiente de la evaluación cognitiva y/o emocional que hace el propio sujeto sobre sus propios niveles de estrés.

2.2.2. CATEGORÍAS DEL ESTRÉS COMO ESTÍMULO

Para completar la definición del concepto estrés es necesario mencionar también las distintas tipologías o categorías existentes a cerca del concepto estrés definido como estímulo. Éste se puede categorizar en:

2.2.2.1. Estrés vital o acontecimientos vitales estresantes

Numerosas investigaciones se han dirigido a estudiar las circunstancias vitales que son experimentadas por las personas como estresantes a lo largo del ciclo vital, confeccionándose largos listados de situaciones que cumplieran con dicho supuesto a las que se les denominó sucesos vitales estresantes. Así pues, esta aproximación de la psicología al estudio del estrés se centró fundamentalmente en los estresores como origen de la definición del concepto estrés (Holmes y Rahe, 1967). Por tanto, estos sucesos vitales estresantes, se describen como situaciones definidas como excepcionales, traumáticas, impredecibles e incontrolables que conllevan ciertos cambios muy relevantes en la vida normal de una persona, como por ejemplo, sufrir una catástrofe natural o experimentar la pérdida de un familiar muy cercano y querido. Más concretamente, Lazarus y Cohen (1977), señalan el hecho de que en estas categorías incluyen situaciones estresantes de considerable magnitud como la pérdida del trabajo o un cambio de residencia.

2.2.2.2. Estrés crónico

Las situaciones de estrés crónico se definen como aquellas situaciones en las que las presiones exteriores o estresores, se mantienen de forma más o menos crónica en el tiempo. Es decir, son los estresores permanentes, referidos a situaciones o sucesos negativos para la persona que conllevan una gran cronicidad en el tiempo, tales como

por ejemplo vivir en la pobreza, en un vecindario violento, padecer una enfermedad crónica, etc. En estas circunstancias los intentos adaptativos de la persona pueden provocar una sobreactivación crónica que podría llevar a producir alteraciones en la regulación de los sistemas fisiológicos del estrés (Sandi, et al., 2001).

2.2.2.3. Estrés cotidiano

Por último, hemos de hacer referencia a los estresores cotidianos o de carácter diario, también denominados acontecimientos menores. Hacen referencia a situaciones diarias, de baja o moderada intensidad pero de muy alta frecuencia (Lazarus, 1981). A pesar de su baja intensidad pueden ser considerados como estresores poco saludables, capaces de producir en el sujeto que las padece respuestas muy desadaptadas, así como proporcionar una mejor predicción del impacto del estrés (Lazarus y Folkman, 1982; Santed et al., 1996, 1998). Es más, en el caso de muestras infantiles, este tipo de estresores cotidianos provocan una mayor afectación en el niño, pues el estrés diario o cotidiano puede tener efectos incluso más negativos que el estrés vital o agudo, ya que su exceso y heterogeneidad hacen al sujeto más vulnerable (Fierro, 2002).

2.3. ESTRÉS COTIDIANO EN LA INFANCIA

El estrés infantil puede definirse como la falta de respuesta adecuada a las exigencias de la vida diaria (Etiens-Cruzado, 2005 citado en Álvarez, 2005). En el estrés que experimentan los niños, contribuyen de forma esencial los pequeños problemas o contrariedades de sus vidas diarias, probándose que su efecto de carácter sumatorio puede conducir también a importantes implicaciones en el bienestar y salud. En esta

categoría se incluyen los pequeños incidentes de la vida diaria que produce irritación o molestias en los individuos, como la sobrecarga de demandas escolares, las disputas familiares o los exámenes entre los muchos ejemplos disponibles (Sandi, 2001).

Lazarus et al., (1981) han señalado la importancia de examinar precisamente estas contrariedades a las que están sometidas los sujetos en su vida diaria, idea desarrollada a partir de su modelo integrador de estrés. Así mismo plantea la posibilidad de que el estrés, más que estar relacionado con eventos extraordinarios, depende del modo en como las distintas personas se ven afectadas por estas molestias y contrariedades de la vida cotidiana, denominadas en inglés *hassles*. Concretamente para los niños, estas contrariedades son: malas relaciones con los padres, discusiones con amigos, demandas escolares, horarios ajustados, etc. En este sentido, diversos estudios han puesto de manifiesto que la intensidad y frecuencia con la que ocurre el estrés cotidiano (de baja y moderada intensidad, pero muy alta frecuencia) son mejores predictores del impacto del estrés sobre la salud y bienestar del sujeto que los sucesos vitales estresantes, denominados también mayores (Santed y cols., 1996, 1998). Ahora bien, también es cierto, como afirman diversos autores (Wanger y cols., 1988), que la exposición a acontecimientos vitales estresantes pueden predisponer a los individuos a experimentar más estrés cotidiano, o bien a potenciar su recuerdo o atención sobre dichas circunstancias.

El estrés cotidiano puede tener efectos muy diversos en la infancia a nivel de interferencias en el desarrollo, efectos en la salud tanto física como mental del niño, y todo ello se relacionada con las diferencias individuales que pueden presentar estos niños, tales como su vulnerabilidad personal, la exposición a experiencias estresantes previas y su susceptibilidad (Sandberg, 2007). Además, a medida que estos niños crecen, emplean recursos cada vez más elaborados de carácter cognitivo para afrontar

estos estresores negativos (Trianes, 2002). Es por tanto muy relevante el hecho de considerar las diferencias individuales de los niños a la hora de afrontar los estresores (Sandberg, 2007).

2.4. CONTEXTOS EN LOS QUE SURGE EL ESTRÉS COTIDIANO INFANTIL

El estrés cotidiano infantil, se puede originar en distintos contextos relacionados con el propio niño, y ciertamente, los principales ámbitos donde se desarrollan los estresores infantiles son el escolar, el del grupo de iguales, el familiar y, finalmente, el del ámbito de la propia salud física y mental (Trianes, 2002). A continuación, revisamos cada uno de estos ámbitos.

2.4.1. Contexto escolar

A partir de numerosas investigaciones, se desprende que la principal fuente de origen de estresores en la edad escolar reside precisamente en este contexto, el ámbito escolar (Merino, 1999; Fragoso y Alcántara, 2003). Dentro de éste, cabe destacar como estresores cotidianos o diarios sufridos por los niños: la sobrecarga de demandas escolares, los exámenes, horarios ajustados o las malas relaciones con los profesores (Sandi et al., 2001). Estos factores estresantes influyen en el rendimiento académico, y afectan al desempeño escolar, e influyen también en el funcionamiento cognitivo y emocional del niño que percibe dicho estrés (Fragoso y Alcántara, 2003). Ciertamente, el contexto escolar es un entorno trascendental para el niño y su buen desarrollo, así como una importante fuente de estresores, debido a la cantidad de tiempo que el alumno pasa en este contexto a lo largo de su vida (Fragoso y Alcántara, 2003).

Así pues, como diversos estudios manifiestan, la principal fuente de estresores de los escolares se ubica en el propio contexto escolar, sobre todo en la transición de

primaria a secundaria, siendo esta una etapa especialmente estresante para el niño o adolescente y que afecta de un modo directo al buen rendimiento académico del niño. Concretamente, este hecho es más frecuente en niños que en niñas (Fragoso y Alcántara, 2003; Gómez-Maqueo y Patiño, 2002; Merino, 1999).

Finalmente, numerosas investigaciones ponen de manifiesto y demuestran que el estrés escolar incide drásticamente en el deterioro cognitivo, emocional y conductual de los estudiantes (Gutiérrez, 1996). En este sentido, existen estudios como los desarrollados por Gutiérrez-Calvo (1996) donde se evaluó cómo los estresores escolares afectan al deterioro del alumno en las funciones desarrolladas en el ámbito escolar. Los resultados de esta investigación determinaron que una sistemática reducción de la eficiencia del alumno iba en función de la percepción de los estresores desarrollados dentro del contexto escolar. El deterioro cognitivo y académico están relacionados con los estresores escolares. Según este autor, dicho deterioro tenía que ver además no solo con los estresores, sino también con otros factores como la percepción de las demandas escolares, los factores aptitudinales, y las estrategias auxiliares para el afrontamiento.

2.4.2. Contexto del grupo de iguales

El contexto del grupo de iguales o de las relaciones interpersonales, es un ámbito que para el niño es cada vez más importante conforme se va acercando a la edad adolescente. Dentro de este contexto o ámbito referente a las relaciones con el grupo de iguales al que el niño pertenece, se destacan como estresores cotidianos o diarios infantiles: las discusiones o disputas con amigos, las malas relaciones con el grupo y/o las peleas con los iguales (Sandi, Venero, y Cordero, 2001).

Ciertamente, los estresores desarrollados en este contexto afectan al niño de forma significativa. Baker (2003) investigó acerca de la resolución de problemas

sociales y el ajuste entre los estresores y el funcionamiento académico y personal del individuo, para ello, estudió las relaciones existentes entre variables como la tasación para resolver un problema social, estresores en los niños, salud, y funcionamiento adecuado. Se hallaron grandes diferencias de género en cuanto a la percepción de los estresores, perfiles de autodeterminación y funcionamiento académico y personal, que en niñas eran mayores que en niños.

Evidentemente, tener las habilidades o condiciones necesarias para solventar los problemas sociales que en un niño se desarrollan dentro del contexto del grupo de iguales, es algo muy importante para el correcto funcionamiento del sujeto que sufre los estresores relacionados con este ámbito (D'Zurilla, 1986, 1990).

Los estresores procedentes del grupo de iguales o de las relaciones interpersonales del niño, muestran un gran poder de afectación al funcionamiento cognitivo y emocional del sujeto, además dicha afectación es mayor conforme pasa el tiempo (Baker, 2003). En un estudio realizado por De Miguel, Fumero y Hernández (1996), se relacionaron las habilidades interpersonales de los estudiantes con la percepción de estresores de la vida diaria, demostrando que las habilidades interpersonales, determinan la percepción de los niveles de estrés diario, además de predecirlo.

2.4.3. Contexto familiar

Dentro de este contexto, destacan como estresores cotidianos o diarios infantiles: las disputas familiares, las malas relaciones con los padres, el tiempo dedicado por estos a sus hijos, los conflictos o peleas con hermanos (Sandi et al., 2001), o incluso responsabilidades como la de tener las llaves de casa.

El contexto familiar es el ámbito donde el niño debería sentirse más seguro, protegido y por tanto relajado, pero en ocasiones es una importante fuente de estresores (Kaminski, Kathleen, Langan, 1999). El hecho de sufrir una constante exposición a experiencias estresantes dentro del ámbito familiar, puede contribuir a una mayor vulnerabilidad personal. Dando como resultado que la susceptibilidad y exposición a dichas experiencias estresantes, acaba provocando efectos muy adversos y negativos en la infancia como interferencias en el desarrollo (Sandberg, 2007).

Concretamente, en los niños pertenecientes a familias más desfavorecidas y con mayor desatención a los hijos, se halló una relación negativa entre la percepción de estresores en el ámbito familiar y la regulación emocional de los niños (Kaminski et al., 1999). Por el contrario los niños de alto nivel socioeconómico y mayor apego familiar, mostraban una relación positiva entre la percepción de estresores y su regulación emocional, es decir, a medida que el estresor era percibido, la regulación emocional y motivación intrínseca del niño era mayor. Dentro de este grupo concreto, se vislumbró que en el caso del sexo femenino, había mucha más motivación intrínseca y regulación emocional si las relaciones con las familias eran óptimas.

2.4.4. Contexto de la salud física y mental del niño

Evidentemente, los estresores se han asociado con distintos tipos de alteraciones en la salud de los individuos, concretamente en el caso de los niños estas alteraciones son aún más severas pues existe una mayor vulnerabilidad al desarrollo de diferentes enfermedades. Esto sucede particularmente cuando dichos estresores se mantiene de forma prolongada en el tiempo (Sandi, Venero y Cordero, 2001). El estrés cotidiano puede tener efectos muy desfavorables en el correcto desarrollo infantil, provocando,

por tanto efectos adversos en la salud del propio niño (Sandberg, 2007) que afectan tanto a la salud tanto física como mental del niño o del adolescente.

Respecto a los estresores relacionados concretamente con el ámbito de la salud, el dolor y la enfermedad, explica Rodríguez (2002), son las principales fuentes de estresores en los niños. Algunos ejemplos de estresores relacionados con el ámbito de la salud, son, por ejemplo, los referidos a la enfermedad crónica, la hospitalización y los procedimientos médicos invasivos (Trianes, 2002). No obstante, si nos centramos en estresores cotidianos, es decir, los estresores de baja intensidad pero de alta frecuencia, podemos citar las enfermedades leves pero frecuentes, las visitas al médico o la pérdida de las relaciones con sus amigos, entre otras similares, pudiendo alterarse incluso, el desarrollo favorable y armónico del niño (Sandi, 2001).

2.5. ESTRÉS Y SEXO

2.5.1. Diferenciación sexual

La diferenciación o características propias de niños y niñas siempre ha sido un tema que se ha abordado en diversas investigaciones. Autores como, Echavarri, Godoy y Olaz (2007) asumen que actualmente hay cierto consenso sobre el hecho de que existen diferencias o características concretas más frecuentemente relacionadas con uno u otro género. Dichas diferencias se pueden encontrar en ciertas habilidades, como por ejemplo particularmente las espaciales, pero sin embargo, no en todas las características humanas se han encontrado estas diferencias, por ejemplo no se dan en la inteligencia general (Colom y García López 2002; Feingold, 1992). Sin embargo, autores como Lynn (1994, 1999) sostienen que estas diferencias favorecen a los varones más que a las

chicas. Con respecto a estas diferencias se ha señalado como apunta Echavarri, et al. (2007) que las mismas están relacionadas con aspectos modulares del cerebro y no con la capacidad general de procesamiento de información (Codorniu-Raga y Vigil-Colet, 2003). De hecho parece que los varones consiguen ser más hábiles en procesos que implican razonamiento espacial. Mientras que las mujeres, generalmente, aventajan a los hombres en habilidades verbales, especialmente en la fluidez del lenguaje (Stumpf y Eliot, 1995).

En este sentido, existen estudios (Weissa, Kemmlera, Deisenhammer, Fleischnacker y Delazer, 2003) que postulan la diferencia entre los sexos en cuanto a funciones verbales y viso-espaciales, encontrando que las mujeres tendían a tener un mejor rendimiento que los hombres en habilidades verbales. Y, por otro lado, los hombres tenían un mejor rendimiento que las mujeres en las tareas visuoespaciales.

Igualmente, teniendo en cuenta otros estudios, en relación con la diferenciación cognitiva entre el género masculino y femenino, se ha encontrado que las mujeres presentan un mayor rendimiento respecto a los hombres en fluencia verbal, velocidad perceptiva, habilidad motora fina, tareas de memoria verbal y aprendizaje verbal. Los hombres superan a las mujeres en tareas visuoespaciales, resolución de problemas matemáticas y memoria visual. A pesar de ello, existen otras variables en las que no hay diferenciación entre los géneros, y es que no se encuentran diferencias en función al género en atención y memoria de trabajo (Torres, Gómez Gil, Vidal, Puig, Boget y Salamero, 2006). Ahora bien, en cuanto a la autopercepción, los varones consideran sus habilidades significativamente superiores a las de las mujeres, mientras que las mujeres no estiman tener habilidades superiores a los hombres (Weissa, et al.; 2003), luego, el sexo femenino parece tener una peor autopercepción de sus destrezas respecto al género masculino.

Si bien existe un consenso general en la comunidad científica que respalda la hipótesis de las diferencias de género, muchas otras investigaciones intentaron explicar el por qué de estas variaciones (Ankney, 1992; Geary, 1999; Lynn, 1994; Robinson, 1998). Lynn (1994) a este respecto, postula la importancia de factores evolutivos, socio-biológicos, neuroanatómicos y madurativos en las diferencias de género. Algunos autores señalan que la selección sexual y natural está potencialmente relacionada con las diferencias entre sexos (Geary, 1999; Mealey, 2000). Para Geary, existe una relación muy compleja entre los factores biológicos, como por ejemplo las hormonas, la experiencia y las diferencias sexuales cerebrales, cognitivas y conductuales. Las hormonas sexuales, y quizás más directamente la influencia genética (Baron-Cohen, 2004; Arnold, 1996 citado en Geary, 1999), pueden influir en las formas en las cuales se responde a los estímulos del ambiente y al tipo de contexto con el cual el individuo interactúa.

En definitiva, diversos autores asumen la existencia de diferentes variables que se pueden relacionar con la diferenciación sexual, así mismo, estas variables pueden ser de distinta índole (Echavarrí, et al.; 2007). Por ejemplo, de índole psicológica, tales como la motivación, las habilidades sociales, el autocontrol, las expectativas de logros (Edel Navarro, 2003), los rasgos de personalidad (Robinson, 1998), los estilos cognitivos, la ansiedad frente a estresores (Mías, 1999), la autoeficacia percibida (Bandura, 1986) y también variables socio-culturales (Edel-Navarro, 2003). Todo ello se refleja en las características relacionadas con la diferenciación sexual.

2.5.2. Estrés y diferencias de género en niños

Estas diferencias de género en la niñez, comentadas en el apartado anterior, pueden responder, como apunta Ezpeleta (2005) bien a diferencias en la socialización, como por ejemplo la existencia de una mayor tendencia a la dependencia de las niñas; bien al estilo cognitivo, concretamente las niñas tienen un estilo cognitivo más rumiativo, construyen más atribuciones negativas, etc.; o bien a los factores neurobiológicos, tales como el dimorfismo hormonal y/o genético. Ahora bien, a pesar de haber más similitudes que diferencias entre niños y niñas, existen algunas excepciones importantes en las que coinciden los estudios al respecto, en este sentido se destaca el hecho de que las niñas suelen ser el sexo más afectado, y esto es debido a los sucesos anteriormente mencionados (Ezpeleta, 2005).

Como se ha venido planteando, las investigaciones realizadas en distintos campos han permitido desarrollar diversos modelos teóricos explicativos de las diferencias sexuales. Estas teorías no son mutuamente excluyentes, por el contrario, pueden resultar complementarias, lo que hace pensar en la existencia de múltiples factores que interactúan, y dan como resultado dichas divergencias. Esta multifactorialidad de causas explicaría las variaciones de género en ciertas habilidades concretas (Echavarri, et al., 2007).

Concretamente, en cuanto a la afectación del estrés por los niños en función del género, hay que tener en cuenta el hecho de que los niños suelen manifestarse ante los estresores con conductas agresivas, incumplimiento de normas, mostrándose impulsivos, desobedientes (Grant, et al., 2006). Por su parte, las niñas tienden más a sufrir conductas pasivas como la tristeza o soledad. Por lo tanto, se considera que los niños suelen responder a estresores con sintomatología psicopatológica externalizada, mientras que las niñas, responden a estos con una sintomatología de tipo internalizada.

La Greca (2001), en un estudio realizado al respecto, señala además que las niñas informaban de más estrés social que los niños y que éste se relaciona con dificultades con las amistades íntimas.

Baker (2003) investigó acerca de la resolución de problemas sociales y el ajuste entre los estresores y el funcionamiento personal del individuo. Para ello estudio las posibles relaciones entre variables como la capacidad para resolver un problema social, los estresores en los niños, y el funcionamiento personal de estos niños dando como resultado que en las niñas, la percepción de los estresores, los perfiles de autodeterminación y el funcionamiento personal, eran mayores que en niños.

2.6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN NIÑOS

Diversos autores, entre los que destaca Molina-Moreno (2001), señalan que una adecuada evaluación psicológica, debido a la multiplicidad de factores implicados en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta, debería incluir múltiples métodos, tales como una evaluación multimétodo, mediante entrevistas, observación directa, cuestionarios referidos a distintos contextos tales como la casa, colegio y el grupo de iguales, así como incluir una evaluación tanto familiar, como extrafamiliar (McMahon, 1987). Ahora bien, ciertamente, este tipo de evaluación multimétodo carece de los suficientes apoyos empíricos, es decir, no se ha usado lo suficiente en las investigaciones al respecto.

En relación a las posibles fuentes de información necesarias en la evaluación del niño, hay que tener en cuenta el hecho de que los padres son los informadores más idóneos cuando se trata de recabar información sobre el comienzo e intensidad del problema. Los profesores son mejores informantes para valorar los problemas de

conducta en el contexto escolar; por el contrario, muestran serias dificultades a la hora de informar sobre el comportamiento que se produce a nivel privado, es decir, para informar sobre sintomatología internalizantes (Molina, 2001). Finalmente, el propio sujeto, es decir, el niño, es conceptuado como un mal informador respecto a los cambios en su comportamiento, pero en cambio, sería el informador idóneo en problemas relativos a la personalidad (Ezpeleta, 1995; Del Barrio, 1990).

2.6.1. Evaluación psicopatológica

Dos grandes concepciones diagnósticas se han elaborado para la evaluación psicopatológica infantil (Molina, 2001). En primer lugar, están los sistemas de clasificación categorial en los que se enmarcarían las versiones del Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos mentales DSM (APA, 2004), y la Clasificación Internacional de los Trastornos mentales ICD-10 de la OMS, que se centran en trastornos de tipo evolutivo. Y en segundo lugar, existen sistemas de clasificación dimensionales o estadísticos entre los que destaca el sistema Achanbach (1978) y Quay (1986).

Los primeros, los sistemas de clasificación categorial, establecen criterios para la inclusión o exclusión de un sujeto en una u otra categoría, y se basan en el consenso de expertos. Sin embargo, los sistemas dimensionales tienen sistemas de clasificación contruidos de forma empírica. Dichos sistemas han establecido tres grandes dimensiones (Achenbach y Edelcrock, 1983) como son los problemas externalizantes, como agresión, delincuencia, etc.; los problemas internalizantes, tales como ansiedad, inhibición, etc.; y los denominados combinados o mixtos por autores como Molina (2001), aquí se abordan los problemas sociales, de pensamiento y atención. Para poder evaluar dicho grupo de trastornos, se han desarrollado instrumentos como la Child

Behavior Checklist (CBCL), el Teacher Report Form (TRF) y el Youth Self-Report (YSR), todos ellos adaptados y traducidos en nuestro país.

2.6.2. Instrumentos para la evaluación basados en el sistema diagnóstico categorial

Dentro del marco categorial, es la entrevista, el método más común de evaluación, ya sea en su modalidad estructurada, o bien semiestructurada. Las entrevistas, han permitido recoger datos de una forma muy precisa, aunque también se han utilizado como instrumentos de screening para maximizar una intervención, así como de herramienta de apoyo en contextos de salud mental, e incluso como instrumento de investigación clínica (Weller et al., 2000). Además conceden la oportunidad de indagar sobre algunos aspectos de la información que se va obteniendo. No obstante, los costes asociados a estos instrumentos de recogida de información suelen ser elevados para el entrevistador y el entrevistado en cuanto a su administración (Grant et al., 2004).

2.6.3. Instrumentos de evaluación basados en el sistema dimensional

Desde esta perspectiva se conceptualiza el comportamiento inadecuado o perturbador como un continuo en el que se clasifican los distintos problemas de comportamiento en función de su intensidad (Molina, 2001). Los instrumentos que se han desarrollada en este marco, son los inventarios, escalas y cuestionarios que son aplicados a padres, maestros o al propio niño. Concretamente, los cuestionarios están constituidos por ítems en forma de preguntas, a las que el sujeto debe responder, pueden contener preguntas abiertas, o bien, cerradas. Los inventarios, del inglés *checklist*, son reactivos en forma de listado que recogen las respuestas en forma dicotómica. Y las

escalas (*rating scale*), recogen las respuestas de un grupo de reactivos en base al grado de apreciación. En general, este tipo de instrumentos son fáciles de administrar o aplicar, son económicos y requieren poca información por parte del entrevistador. Aquí, por ejemplo, nos podemos encontrar con instrumentos como el Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach, 1978; Achenbach y Edelcrock, 1985; y Achenbach, 2001), listado que recoge un conjunto de conductas adaptativas y conductas problema de niños, existiendo una versión no solo para el niño, sino también para padres e incluso para profesores y/o tutores o cuidadores habituales del niño, tal como la TRF (Achenbach y Edelcrock, 1986; Achenbach, 2001).

2.6.4. Instrumentos de evaluación basados en la observación

Para la evaluación conductual la observación ha sido el método tradicional de evaluar al niño (Silva y Moro, 1994). Una de las mayores contribuciones que ha aportado la observación al análisis de conducta ha sido el registro preciso de éstas y la toma de decisiones no sobre la base de impresiones subjetivas, sino en base a los datos registrados. Ahora bien, la observación como instrumento de evaluación presenta importantes limitaciones como la reactividad en el comportamiento tanto de sujeto como de observador o la baja fiabilidad entre observadores y el propio informador que puede sesgar los datos distorsionándolos (Molina, 2001). Además de ello, es un método que implica recursos personales y materiales elevados.

3. VULNERABILIDAD AL ESTRÉS Y PSICOPATOLOGÍA

El hecho de que la vulnerabilidad al estrés esté relacionada con el desarrollo de psicopatologías en el individuo, ha sido una idea constante en numerosas investigaciones. En este sentido, como apuntan Monroe y Hadjiyannakis (2002) el estrés, junto con otros factores relacionados, genera directamente el desarrollo de psicopatologías, aunque también habría que considerar otras ideas al respecto como la vulnerabilidad de cada persona o la autopercepción (Ingram y Luxton, 2005).

Así pues, a continuación se abordarán temas relacionados con la afectación de la psicopatología en niños, así como los distintos modelos existentes sobre vulnerabilidad al estrés y su relación con la psicopatología.

3.1. AFECTACIÓN EN NIÑOS: PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO

La combinación de los términos psicopatología y desarrollo, implica que existe una relación bidireccional en la que importa tanto conocer cómo la psicopatología influye en el desarrollo como saber cómo el desarrollo influye en la psicopatología (Ezpeleta, 2005). La psicopatología del desarrollo se define como “el estudio y predicción de las conductas y procesos no adaptativos en el tiempo” (Lewis, 2000). En la actualidad se considera que esta disciplina es la que puede facilitar los mayores avances para entender, tratar y prevenir los trastornos mentales (Sameroff, 2000). Este macroparadigma comprende tres conceptos clave reconocidos como relevantes en la temática de estudios al respecto (Rutter y Srouffe, 2000): a) entender los procesos causales; b) el concepto de desarrollo; y c) la importancia de las continuidades y discontinuidades entre normalidad y psicopatología.

Acerca del concepto referente a entender los procesos causales, es preciso mencionar que bajo esta perspectiva, según Ezpeleta *et al.*, (2005), esto comporta

conocer los mecanismos de riesgo y protección en el tiempo, estudiando las cadenas de efectos directos e indirectos y cómo esos efectos pueden o no influir en circunstancias posteriores que afronte la persona; los factores de riesgo, rara vez actúan aisladamente, lo normal es que se combinen factores de riesgo genéticos y ambientales y que ejerzan su efecto a través de variables mediadoras. La psicopatología del desarrollo, se interesa por conocer las variables implicadas en ese proceso, lo que aportará información sobre la etiología de los trastornos y permitirá diseñar estrategias de intervención y prevención (Ezpeleta, 2005). En este sentido, Cicchetti y Hinshaw (2002) señala que las intervenciones preventivas en psicopatología, contribuyen no solo a disminuir la aparición de dichos trastornos, sino también a esclarecer los mecanismos implicados en la aparición de los mismos (etiología), ya que si se altera el curso del desarrollo reduciendo el riesgo de un efecto negativo por la acción de una intervención preventiva, ésta estará informando de los procesos implicados en la aparición de psicopatología o alteraciones del curso del desarrollo.

Inherente al concepto de desarrollo, hay que tener en cuenta que para entender la relación entre normalidad y anormalidad, es necesario situarla en un contexto evolutivo desde la infancia hasta la edad adulta, estudiando así mismo, cómo las experiencias o procesos que ocurren en un momento determinado del desarrollo, pueden modificar las respuestas del individuo en un momento posterior a dicho desarrollo, de manera que implica cambio y reorganización en un contexto de cierta continuidad. Puesto que ni los factores de riesgo o protección, ni las conductas anormales, ni las funciones cerebrales, ni los procesos que conducen al desarrollo de psicopatología tienen la misma significación, importancia o función en cada momento del desarrollo, esta variable “desarrollo” cobra una enorme importancia para conocer los efectos causales y diseñar las estrategias de intervención o prevención, y en general del concepto de

psicopatología. El significado de cualquier factor de riesgo solo puede ser entendido considerando el momento en el que ocurre la relación del estadio de desarrollo del individuo (*timing*) y cómo interactúa con el proceso de desarrollo (Pennington, 2002).

Para terminar, en relación al concepto de continuidades y discontinuidades entre normalidad y psicopatología, es preciso mencionar que la psicopatología del desarrollo se centra en el estudio de los procesos causales considerando especialmente las continuidades y discontinuidades en los mecanismos entre la normalidad y la psicopatología (Harrington, 2001). Es un punto principal de esta orientación estudiar el rango de variaciones que van de lo normal a lo psicopatológico, como por ejemplo tristeza habitual y depresión, considerando el contexto situacional donde ocurren, es decir, qué situaciones las provocan (Ezpeleta *et al.*, 2005). Cabe mencionar, además, que, según estos autores, conocer las continuidades y discontinuidades en psicopatología y normalidad, también es relevante para las intervenciones preventivas, pues señala qué grupos pueden ser objeto de intervenciones dirigidas (selectivas o indicadas) referente al tema de la psicopatología.

3.2. MODELOS SOBRE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS Y PSICOPATOLOGÍA

3.2.1. Modelos de diátesis-estrés

El concepto de estrés ha tenido una importante contribución en la explicación del desarrollo y evolución de los trastornos psicopatológicos. Hasta la fecha se han recogido en la literatura una gran variedad de modelos donde se defiende que el estrés es el principal y primer determinante de los desórdenes funcionales en la persona (Brown y Harris, 1979, 1989). Dichos modelos sugieren que los eventos negativos

precipitan los trastornos psicológicos, aunque según visiones más recientes, esto sólo es así teniendo en cuenta las individualidades psicológicas y/o características biológicas del individuo. En este sentido, perspectivas más recientes proponen la posibilidad de que el estrés genere psicopatología, como por ejemplo un subtipo específico de depresión (Monroe y Hadjiyannakis, 2002), pero teniendo en cuenta otros factores. Es decir, modelos que ponían el énfasis en el hecho de que el estrés es la causa o la clave de la ocurrencia de trastornos en la persona, han dado paso a otras visiones en las que se considera que el estrés no es el único eslabón o enlace que lleva a la psicopatología en todos los individuos (Monroe y Hadjiyannakis, 2002).

A continuación serán definidos una serie de conceptos tales como estrés, autopercepción, vulnerabilidad o diátesis. La mención de estos conceptos y de la relación que se establece entre ellos es clave para comprender los modelos de diátesis-estrés que más adelante se abordarán.

El estrés no es independiente a la consideración personal de los eventos que sufre el individuo, es decir, del estrés autopercibido o propio que siente cada persona (Monroe, 1989; Monroe y Simons, 1991). En estos casos las diferencias individuales determinan el grado de estrés que es percibido y experimentado. En este sentido, los eventos que se perciben como estresantes por algunos individuos, no son considerados como tales por otros sujetos ante la misma circunstancia. Por lo tanto hay una gran multitud de factores diferentes que pueden afectar a la hora de considerar o no el estrés (Ingram y Luxton, 2005).

En cuanto al término diátesis, hay que tener en cuenta que para autores como Ingram y Luxton (2005), es un concepto que puede usarse indistintamente por el término *vulnerabilidad*. El término diátesis, o vulnerabilidad, es típicamente conceptualizado como un factor que predispone a que se formen posibles trastornos.

Los modelos psicopatológicos, han sugerido que la vulnerabilidad en cuestión, estaba predispuesta por factores genéticos o biológicos, aunque más recientemente se incluyeron factores psicológicos, cognitivos y variables interpersonales que hacían a la persona susceptible a la psicopatología (Monroe y Simons, 1991). Estas ideas indican que la vulnerabilidad puede ser considerada como un rasgo, es decir, es un concepto estable, pero que también puede sufrir cambios pues es latente y endógeno a los individuos (Ingram y Luxton, 2005).

En relación al concepto factor de riesgo, hay que considerar el hecho de que la variable riesgo es una importante variable predictora que se puede observar actuando en relación con la vulnerabilidad (Rutter, 1988), pero a pesar de ello, hay que tener en cuenta que estos constructos no pueden ser usados como sinónimos, es decir, pueden actuar juntos pero no son el mismo concepto.

El término diátesis-estrés, fue usado por autores pioneros como Bleuer (1963) y Rosenthal (1963) que conceptualizaron la vulnerabilidad y el papel del estrés con el propósito de especificar las circunstancias que podían provocar diversos trastornos. Los modelos de diátesis-estrés, tratan de describir la interacción entre constructos tan significativos como individualidad, vulnerabilidad y estrés, además de ser usados para entender el desarrollo de psicopatología en el individuo.

El desarrollo de psicopatologías es un tema complejo donde se involucran numerosos factores de vulnerabilidad, así como la existencia de interacciones entre otros factores además del estrés (Monroe, Simons, 1991). En este sentido es necesario considerar la existencia de factores que predisponen a la persona a ser más susceptible de sufrir psicopatología, así como las condiciones que llevan a la aparición de determinados trastornos.

Así pues, con el propósito de explicar la relación existente entre diátesis (o vulnerabilidad) y estrés, han surgido diversos modelos, tales como *a) los modelos interactivos con diátesis dicotómica, b) los modelos de diátesis cuasicontínuos, c) los modelos de umbral, y d) los modelos continuos de riesgo-resistencia.*

Una breve descripción de estos modelos se expone a continuación:

a) Modelos interactivos con diátesis dicotómica:

Los modelos de vulnerabilidad-estrés, tienen su origen en las investigaciones y teorías de la esquizofrenia impulsadas por Meehl (1962), en este primer modelo de la esquizofrenia, este autor describe la diátesis únicamente con la presencia de un “esquizogen” dominante.

Es decir, de acuerdo con esto, sólo las personas con personalidad de tipo esquizofrénica serán las que desarrollen una esquizofrenia clínica.

En este sentido, los modelos dicotómicos sugieren que cuando hay ausencia de diátesis, no se producen los efectos del estrés, sin embargo, cuando existe la evidencia de diátesis, es cuando aparecen los efectos provocados por el estrés en la persona.

El anteriormente mencionado modelo de la esquizofrenia ilustra la idea de este modelo interactivo con diátesis dicotómica. Otro ejemplo de ello se pudo observar en el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Según McKeever y Huff (2003) el desarrollo del TEPT sugiere dos tipos de diátesis, un primer tipo consiste en variables ecológicas y factores que ocurrieron durante la infancia y distorsiones cognitivas. Un segundo tipo que es biológico e incluye variables que tienen que ver con la falta de regulación neuropsicológica.

b) Modelos de diátesis cuasicontínuos:

Los modelos dicotómicos sugieren que cuando hay ausencia de diátesis, no se producen los efectos del estrés. Ahora bien, en el modelo cuasicontínuo, el grado de trastorno aumenta conforme aumenta el nivel de estrés, apreciándose un efecto continuo de diátesis.

Esto quiere decir, que un nivel de diátesis mínimo, es insuficiente para que se manifiesten trastornos, pero que la probabilidad de que estos trastornos crezcan están en función de los niveles de estrés, así como de los niveles de diátesis por encima del mínimo (Zuckerman, 1999). Es decir, el único hecho de la existencia de diátesis no es suficiente para afirmar la presencia de trastornos, ahora bien, los niveles de diátesis por encima del mínimo junto con elevados niveles de estrés aumentan la probabilidad de que aparezcan dichos trastornos.

c) Modelos de umbral:

El modelo de umbral considera el modelo integrativo de esquizofrenia propuesto por Zubin y Spring (1977). Estos autores indican que todas las personas que presentan un grado de vulnerabilidad pueden presentar un umbral de trastorno por esquizofrenia. Este modelo de umbral, por su parte, sugiere que según la intensidad de un estresor, mayor es el riesgo de que aparezca psicopatología en la persona.

Para una persona que presenta una alta vulnerabilidad, un estresor relativamente pequeño, puede causar una reacción por encima de su umbral. Por otro lado, un evento estresante mayor, puede causar la misma reacción a otra persona con baja vulnerabilidad (Ingram y Luxton, 2005). Es decir, al sujeto con alta vulnerabilidad le será más fácil alcanzar una determinada reacción ante un evento estresante menor, pues tiene un umbral más bajo, sin embargo para un sujeto con baja vulnerabilidad, el

estresor deberá ser mucho mayor para alcanzar el mismo efecto que en el sujeto anterior.

d) Modelos continuos de riesgo-resistencia:

Términos como invulnerabilidad, competencia, factores de protección, y resistencia, han sido usados para describir lo opuesto a vulnerabilidad (Ingram y Price, 2001). Ciertamente, hay que tener en cuenta el hecho de que la resistencia puede ser un factor que hace a la persona más resistente o más “invulnerable” al efecto y deterioro producido por los estresores.

En el modelo continuo de riesgo-resistencia, cuando decrece la resistencia, y aumenta por tanto la vulnerabilidad, hay mayor probabilidad de que aparezca estrés y los trastornos aumenten (Ingram y Luxton, 2005). Es decir, en el modelo continuo de riesgo-resistencia, hay que tener en cuenta que nos movemos en un continuo donde el riesgo a que se produzcan determinados trastornos así como niveles altos de estrés, aumenta al decrecer la resistencia del individuo.

Tras lo mencionado, la interacción entre diátesis y estrés, que se describe en varios modelos, es a menudo ambigua (Monroe y Hadjiyannakis, 2002).

Algunos modelos proponen que la vulnerabilidad es un factor que causa una mayor percepción de estrés (Zubin y Spring, 1977), se sugiere que los estresores no son independientes de la vulnerabilidad. En este sentido, la vulnerabilidad no es la causa del estrés en este caso, pero el nivel de vulnerabilidad es parte del estrés (Brennan y Walter, 2001)

En resumen, típicamente los modelos de diátesis-estrés se refieren a eventos estresantes percibidos por el sujeto que están próximos a un comienzo de trastorno e

intentan explicar, por tanto, el desarrollo de psicopatología en el individuo (Ingram y Luxton, 2005).

3.2.2. Modelos de estrés y psicopatología: Papel del niño en el estrés experimentado

Anteriormente se ha visto específica y detalladamente la relación existente entre el estrés que sufre un sujeto y la psicopatología que este mismo padece, ahora bien, dicha asociación tiene distinta definición atendiendo al modelo o paradigma conceptual adoptado. Para poder aclarar la relación existente entre el estrés que sufre un individuo y la diversa sintomatología psicopatológica que puede padecer el mismo han surgido distintos modelos, según postula Smith (2004), tales como el modelo de exposición a estrés, el modelo de generación de estrés, y el llamado modelo recíproco.

En primer lugar, el citado modelo de exposición a estrés, aboga por el hecho de que los niños que desarrollen o manifiesten una mayor sintomatología psicopatológica, serán aquellos que hayan sido expuestos a una mayor cantidad de estresores, pudiendo pues, desarrollar una sintomatología tanto internalizada, como problemas de depresión, ansiedad, trastornos somáticos; como externalizada, atendiendo a problemas de conducta, agresividad, etc.

En cuanto al modelo de generación de estrés, éste defiende el hecho de que es el propio niño el que genera los distintos niveles de estrés que puede padecer, y esto quiere decir que éste, es por tanto, un sujeto totalmente activo en cuanto al desarrollo de acontecimientos estresantes en su propia vida. Este hecho concreto se relaciona con las diferencias individuales propias que poseen los niños, tales como la vulnerabilidad personal, la susceptibilidad, etc. (Sandberg, 2007).

Y finalmente, en el llamado modelo recíproco, según el cual hay que considerar el hecho de que los estresores sufridos por el sujeto llevan a la manifestación de

síntomas psicopatológicos, y al mismo tiempo, también se considera el hecho de que los diversos índices de sintomatología psicopatológica acarreen un incremento del estrés que percibe el sujeto.

3.3. FACTORES DE RIESGO EN PSICOPATOLOGÍA

Un factor de riesgo es aquel que aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno (Rutter, 1985). Mientras que un factor de vulnerabilidad es considerado como una variable que es la causa de que aparezca un determinado trastorno. La relación entre el factor de riesgo y psicopatología es probabilístico, es decir, existe relación pero no causalidad, pero cuando se habla de factor de vulnerabilidad se asume como cierto el hecho de que hay causalidad. En este sentido, Kraemer *et al.*, (1997) y Kraemer, Stice, Kazdin, Oxford y Kupfer (2001) subrayan la necesidad de ser precisos en el lenguaje referido a los factores de riesgo. Estos autores distinguen entre varios conceptos que se utilizan indistintamente. Concretamente usan riesgo para referirse a la probabilidad de un resultado. Un factor de riesgo es un factor asociado que precede al resultado, como por ejemplo, la historia familiar de enuresis, que es un factor de riesgo de padecer este trastorno.

Además de ello, hay que considerar el hecho de que puede ser frecuente, encontrar factores de riesgo encadenados. Y ciertamente, la exposición a diferentes factores de riesgo tiene un efecto considerado como acumulativo (Sameroff, Seifer y Bartko, 1997). En estas cadenas, las predicciones son más certeras cuando se realizan a partir de factores de riesgo próximos frente a otros que puedan ser más distantes (Coie *et al.*, 1993), pero para conocer cada uno de los eslabones es necesario tener en cuenta todo el conjunto.

A continuación, se hará mención de los factores de riesgo en psicopatología del desarrollo, atendiendo a la clasificación de factores de riesgo individuales, y factores de riesgo contextuales, con mayor mención a los relacionados con depresión, trastornos por ansiedad, y de conducta en el niño, pues son los trastornos emocionales con mayor predominio y más estudiados durante el desarrollo del mismo.

3.3.1. Factores de riesgo individuales en psicopatología del desarrollo

Los factores de riesgo individuales en psicopatología del desarrollo, hacen referencia a ciertos factores con los que se relacionan, tales como el género, el temperamento, los factores neurobiológicos, variables cognitivas y/o de salud física. A continuación nos centraremos en los factores relacionados con las diferencias de género en psicopatología del desarrollo, así como en el papel del temperamento en los trastornos interiorizados y exteriorizados.

3.3.1.1. Diferencias de género en psicopatología

En cuanto a las diferencias de género en psicopatología, las investigaciones al respecto avalan el hecho de que entre hombres y mujeres hay más similitudes que diferencias en las habilidades generales. Lo mismo se puede decir en cuanto a la psicopatología en conjunto, pero existen algunas excepciones importantes. Las diferencias encontradas se deben interpretar con cautela, pero, en cualquier caso, indican que el género es una variable relevante en la psicopatología que debe ser tomada en cuenta (Ezpeleta, 2005).

En este sentido, existen muy pocos datos sobre diferencias de género y trastornos por ansiedad. Los trabajos revisados prácticamente se han dirigido a estudiar las diferencias de género en la fase inicial de los trastornos que, predominantemente,

señalan a las niñas como el sexo más afectado. Los estudios sobre depresión se han centrado principalmente en explicar por qué a partir de la adolescencia la depresión es más frecuente en niñas que en los niños. Estos trabajos apuntan que las diferencias en la socialización (mayor tendencia a la dependencia de las niñas), en el estilo cognitivo (más rumiativo, más atribuciones negativas en las niñas) y los factores biológicos (variaciones hormonales y genéticas) contribuyen a estas diferencias de género.

- *Trastornos depresivos*

Los estudios epidemiológicos coinciden en que la depresión prepuberal es ligeramente más frecuente en los niños que en las niñas, y que la postpuberal es más frecuente en el género femenino. A partir de los trece años los trastornos de humor son claramente más prevalentes en el género femenino, con una distribución que persiste en la edad adulta de 2:1 (Allgood-Merten, Lewinson y Hops, 1990; Angold y Rutter, 1992; Angold y Costello, 2001; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley y Andrews, 1993; Oldenhinkel, Wittchen y Schuster, 1999).

El por qué de estas diferencias de género en la prevalencia de la depresión de la adolescencia se ha estudiado extensamente. Diferentes autores han abordado las diferencias en estilo atribucional entre niñas y niños, y su relación con la depresión, constatando grandes inconsistencias en sus resultados. Hay evidencias tanto de que existen diferencias como de que no las hay (Gladstone, Kaslow, Seeley y Lewinsohn, 1997). En los estudios al respecto, existen más datos a favor de que la relación entre estilo atribucional y depresión es más estrecha en las niñas que en los niños, además las niñas con puntuaciones más altas de depresión tienden a realizar atribuciones más negativas que los niños con puntuaciones altas en depresión y las relaciones son más evidentes cuando se utilizan medidas de depresión cuantitativas que cuando el

diagnóstico es categorial. Las posibles inconsistencias encontradas en estos tipos de estudios son atribuidas, en gran medida, a las características psicométricas de los instrumentos utilizados (Hankin y Abramson, 2002).

Kavenagh y Hops (1994) proponen que las diferencias en la socialización podrían explicar, en parte, las diferencias en la prevalencia entre niños y niñas. En esta misma línea, Cyranowski, Frank, Young y Shear (2000), defienden una interesante teoría, parten de que las mujeres tienen una mayor tendencia a la afiliación, es decir, establecen relaciones más íntimas y tienen un sentido de sí mismas más conectados a los otros, mientras que los hombres son más autónomos en este sentido y establecen relaciones más instrumentales. Sin embargo, hasta aquí, según indican Cyranowski *et al.* (2002), que aumente las conductas de afiliación en las niñas, no tiene por que conducir a la depresión. El nexo se establece cuando la intensificación de la afiliación ocurre en un momento o situación de riesgo.

Recientemente, Hankin y Abramson (2001), han intentado explicar el desarrollo de las diferencias de género en la depresión, a través de su teoría elaborada cognitivo-transaccional de vulnerabilidad al estrés. Estos modelos clásicos señalan que ante acontecimientos adversos, tiene mayor probabilidad de desarrollar depresión una persona cognitivamente vulnerable, es decir, que presente actitudes disfuncionales o realice inferencias negativas, que una no vulnerable. Así mismo, aplicando su teoría general para explicar las diferencias de género, resulta que las chicas adolescentes, tienen una mayor probabilidad de padecer acontecimientos negativos que los chicos y también son cognitivamente más vulnerables y, por tanto, tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión. En la tabla siguiente (Tabla 3.1.) se sintetiza la diferencia existente entre niños y niñas en cuanto a la afectación de depresión.

Tabla 3. 1. Diferencias entre niños y niñas en los trastornos depresivos.

NIÑOS	NIÑAS
Mayor prevalencia depresión prepuberal	Mayor prevalencia depresión postpuberal
Factor protectores: pubertad	Mayor heredabilidad
	Realizan atribuciones más negativas
	Estilo cognitivo más rumiativo
	Cogniciones negativas sobre cuerpo y atractivo
	Socialización hacia la dependencia
	Perciben más acontecimientos vitales estresantes
	Relación con niveles de testosterona y estrógenos
	Factor de riesgo: período medio pubertad

- *Trastornos de ansiedad*

La revisión bibliográfica sobre diferencias de género y ansiedad en niños y adolescentes indica que este tema no es, ni ha sido, de gran interés, no se ha estudiado adecuadamente, y existe una gran inconsistencia en los datos (Ezpeleta, *et al.*, 2005). En lo que coinciden los trabajos revisados, es que los trastornos por ansiedad son más prevalentes en las niñas que en los niños, con razones de 2:1 (Anderson, 1994; Fonseca y Perrin, 2001; Tonge, 1994; Verhulst, 2001). En la misma dirección apuntan los datos de prevalencia de los trastornos particulares y su distribución de cada género. Vasey y Ollendick (2000) citan trabajos en los que la ansiedad por separación resultaba tres veces más prevalente en las niñas que en los niños, pero también indican que no en todos los estudios se han encontrado estas diferencias. Essau, Conrado y Petermann (2000), en un estudio longitudinal en la población general con adolescentes, analizaron como se distribuían los subtipos de ansiedad en función de género y edad; considerando

globalmente los trastornos por ansiedad, había más niñas afectadas que niños, pero considerando los subtipos, solo encontraron diferencias significativas en las fobias específica tipo ambiental, y en la fobia no especificada, y en ambas había mayor proporción de niñas que de niños. Albano, Chorpita y Barlow (1996), informan que existe una mayor preponderancia de niños que de niñas con ansiedad excesiva, pero Vasey y Ollendsick (2000) matizan que las diferencias de género en la prevalencia dependen de la edad: en la infancia la ansiedad excesiva es más prevalente en niños que en niñas, y en la adolescencia, sin embargo, es a la inversa. Diversos estudios señalan que la fobia social, concretamente, es más frecuente en las niñas que en los niños, a este respecto, La Greca (2001) señala que las diferencias fueron modestas, las niñas informaban de más ansiedad social que los niños y que esta se relaciona con dificultades con las amistades íntimas. Por otro lado, Bavging et al. (2002), estudiaron si se identificaban diferencias de género en la activación cerebral frontal en los trastornos por ansiedad, comparando niños y niñas sanos y con trastornos por ansiedad, hallaron que las niñas de 8 y 11 años con ansiedad tenían mayor activación derecha, mientras que los niños a los 8 años no mostraban asimetría y a los 11 había mayor activación izquierda. En el grupo sano el patrón fue diferente: las niñas a los 8 años no presentaban asimetría y a los 11 tenían mayor activación izquierda y los niños siempre tuvieron mayor activación derecha; en definitiva, el patrón de activación cerebral frontal era diferente en niños y niñas, tanto en el grupo sano como en el grupo con trastornos por ansiedad. Así pues, aunque hay que tener en cuenta que existen más similitudes que diferencias en cuanto a la psicopatología en conjunto, existen algunas excepciones importantes. Los trabajos revisados señalan a las niñas como el sexo más afectado, estos trabajos apuntan a que los factores que contribuyen a estas diferencias de género, son: las diferencias en la socialización (mayor tendencia a la dependencia de las niñas), en el estilo cognitivo

(más rumiativo, más atribuciones negativas en las niñas) y los factores biológicos (hormonas, genética). En la Tabla 3.2. aparecen resumidas las diferencias de género existentes en los trastornos de ansiedad.

Tabla 3. 2. Diferencias entre niños y niñas en trastornos por ansiedad.

NIÑOS	NIÑAS
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor prevalencia ansiedad generalizada en infancia • Acuden más a consulta por ansiedad de separación • Padres malos informadores ansiedad social 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor prevalencia en población general • Mayor prevalencia en ansiedad generalizada en adolescentes • Mayor prevalencia en ansiedad por separación, fobia simple o social • Patrón anómalo de actividad cerebral derecha

• *Trastorno de conducta y agresividad*

En cuanto a las diferencias de género, hay que tener en cuenta el hecho de que también son patentes en la sintomatología externalizante. Las diferencias entre niñas y niños en agresividad, se manifiestan muy tempranamente y aumentan hasta llegar a la etapa adolescente (Ezpeleta, 2005).

En este sentido, los estereotipos de género, las expectativas culturales y los patrones de socialización, además de una posible base biológica inicial, son cruciales para fomentar estas diferencias (Dunn, 2001). Estas diferencias tienen que ver con una forma de interacción generalmente más competitiva-agresiva en los niños, y una forma más cooperativa-conciliadora en las niñas. Además de ello, se espera un

comportamiento más prosocial y empático en las niñas. Ahora bien, en dichos comportamientos prosociales, la diferenciación de género es mínima (Dunn, 2001), pero tiene un gran peso para poder identificar problemas de conducta, especialmente en niñas. En este sentido, la presencia de agresividad o la ausencia de comportamientos prosociales pueden ser considerados como más problemáticos en las niñas que en los niños por parte de informadores como padres y maestros (Ezpeleta, 2005), pudiendo existir sesgos importantes en la evaluación del comportamiento exteriorizado.

En cuanto al trastorno de conducta, autores como Lahey et al., (1999), indican que existe una prevalencia menor en niñas que en niños. Ahora bien, a pesar de que el hecho de ser niña puede ser considerado como un factor protector de padecer este tipo de trastorno, se puede dar el caso de que las niñas, a pesar de ser el género con menor prevalencia de este trastorno de conducta, tienen un mayor riesgo de desarrollar comorbilidad, y en este sentido, son las niñas las que presentan más afectación que sus compañeros (Loeber y Keenan, 1994). Así pues, las peleas y crueldad hacia los demás parece ser menos frecuente en las niñas, pero cuando están presentes estos factores, tienen una gran capacidad predictiva de la presencia de trastornos de conducta en estas niñas (Frick et al., 1994).

En definitiva, la agresividad encubierta e indirecta presenta una mayor asociación con las niñas (Hinshaw y Anderson, 1996), mientras que la agresividad manifiesta o el vandalismo, son peculiaridades más características de los niños (Storvoll y Wichstrom, 2002).

A continuación (Tabla 3.3.) se resumen las diferencias más destacables de los trastornos de conductas en niños y niñas.

Tabla 3.3. Diferencias entre niños y niñas en trastorno de conducta

NIÑOS	NIÑAS
Mayor prevalencia de trastorno de comportamiento	Se considera más problemáticos los comportamientos agresivos o ausencia de comportamientos prosociales
Mayor frecuencia de peleas, crueldad, vandalismo y agresividad manifiesta.	Mayor frecuencia de agresividad encubierta e indirecta
Negativismo desafiante más duradero	Mayor riesgo de comorbilidad
	Criterios diagnósticos inadecuados

3.3.1.2. *Temperamento como factor de riesgo en psicopatología infantil*

Según Ezpeleta (2005), el estudio del temperamento y su utilización para explicar los trastornos en la conducta comenzó en el campo adulto, pero paulatinamente se extendió al estudio los niños hasta el punto en que hoy constituye un núcleo muy importante dentro de la investigación de la conducta infantil. Los trabajos pioneros se inician con Fries (1937). Estudios referidos a la relación entre temperamento y patología, aportan datos que apoyan la idea de que el temperamento crea una mayor proclividad o vulnerabilidad a sufrir ciertos problemas.

- ***Problemas inespecíficos***

Ciertos temperamentos, se han asociado con todo tipo de alteraciones infantiles así como con el estrés y la mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas psíquicos y físicos (Garrison y McQuiston, 1989). Por su parte, Rutter (1987, 1989), advierte que no hay especificidad en la vulnerabilidad, puesto que niños con el mismo tipo temperamental pueden aparecer sufriendo muy distintos tipos de trastornos. La mayor

parte de los estudios apuntan a que los niños con temperamento difícil tienen una mayor vulnerabilidad a desarrollar todo tipo de trastornos (Thomas *et al.*, 1968). Colder, Mott, y Berman (2002), sugieren que hay combinaciones de características temperamentales que explican tanto trastornos interiorizados como exteriorizados. El temperamento que reúne características como retraimiento, huida o evitación, produce preferentemente trastornos de carácter interiorizado (Carter, Meter, Mulder y Luty, 2001). Para Garrison y Earls (1987) las características temperamentales más importantes para explicar trastornos infantiles son: el nivel de actividad alto, la intensidad de la respuesta y la huida social. Su combinación puede desembocar en conductas como la agresión o la depresión.

- ***Trastorno de tipo exteriorizado***

La mayor parte de los estudios sostienen que los niños con temperamento difícil producen una serie de respuestas inadecuadas que conducen a tener problemas de interacción con el ambiente (Ezpeleta *et al.*, 2005). En este sentido, la impulsividad es junto con el nivel de actividad una de las características temperamentales más relacionada con trastornos exteriorizados. Bussing *et al.* (2003), han encontrado que las características temperamentales más ligadas a este tipo de trastorno son la alta actividad y baja orientación a la tarea. Además, con frecuencia aparecen asociados con problemas de conducta delictiva, sobre todo en la adolescencia (Anderson, 2000). Además se han encontrado altas correlaciones entre temperamento difícil y problemas de rendimiento (Garrison, Earls y Kindlon, 1984; Davis y Carr, 2001).

- ***Trastorno de tipo interiorizado***

Las investigaciones relacionadas con el temperamento y la patología del niño, mantienen que las características del tipo lento, en el cual se dan baja actividad, una intensidad baja de respuesta y un bajo acercamiento, es la base que puede conducir a trastornos de tipo interiorizado, como la ansiedad y la depresión.

a) **Ansiedad**

La afectividad negativa es considerada por muchos estudios como la base temperamental que genera la tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad (Clark, Watson y Mineka, 1994). Masi *et al.* (2003) han encontrado, que los adolescentes con trastornos de ansiedad tienen unas características temperamentales como alta emocionalidad y timidez. Axelson y Birmaher (2001), encuentran que la ansiedad y la depresión tienen una alta correlación con un temperamento cuya característica es la afectividad negativa. Diversos estudios encuentran una alta correlación entre niños temperamentalmente tímidos y la aparición de trastornos interiorizados o problemas de ansiedad (Prior *et al.*, 2000; y Robins *et al.*, 1996). Todo ello tiene que ver con la presencia de un tipo de temperamento, denominado inhibido, que facilita la aparición de los trastornos de ansiedad (Turner, Beidel y Wolf, 1996).

b) **Depresión**

Numerosos autores demostraron que la existencia de depresión se relacionaba con ciertas características temperamentales. Así, Lazarus (1982) considera que la timidez es uno de los factores temperamentales más frecuentemente relacionados con la aparición de la depresión, así como también se había relacionados antes con ansiedad. Trad (1986) sostiene que los niños con un temperamento fácil generan con más

facilidad lazos de apego, y el apego materno está negativamente correlacionado con síntomas depresivos en el niño. Para otros autores la depresión está ligada a varias características, como altos niveles de persistencia, alta distraibilidad y humor negativo (Thomas et al., 1968). Diversos autores han probado que existe una relación negativa entre temperamento y depresión, en niños (González y Carranza, 2001; Rodríguez-Testal *et al.*, 2002). Incluso, Takeda (2000) apunta a la existencia de comorbilidad entre depresión y agresión. Además, descenso de autoestima está relacionado con la percepción negativa que la madre tiene del temperamento del hijo en los primeros años (Keltikangas-Järvinen, Kivimäki y Kesikivaara, 2003). En resumen, Ezpeleta *et al.*, (2005) afirman que se puede sostener que el temperamento inhibido, la timidez y la ausencia de sentimientos positivos son los elementos temperamentales más frecuentemente correlacionados con la aparición de la depresión en los niños (Tabla 3. 4.)

Tabla 3. 4. Resumen sobre tipo de temperamento y patología de riesgo: ansiedad, depresión.

CARACTERÍSTICAS TEMPERAMENTALES	TIPO DE TRASTORNO
Afecto negativo, inestabilidad, alta emocionalidad, timidez (Axelson y Birmaher, 2001; Clark et al., 1994; Masi et al, 2003)	Trastornos de ansiedad
Timidez (Lazarus, 1982)	
Actividad baja, huída (Colder et al., 2002)	
Huída, afecto negativo, falta de ritmicidad,	Depresión

dsitraibilidad, baja persistencia de atención

(Rodríguez-Testal et al., 2002)

Afecto negativo (Gonzalez y Carranza, 2001;

Goodyear et al., 1993; Kelvin et al., 1996)

Afecto negativo y ausencia de afectos

positivos (Clark et al., 1994)

3. 3. 2. Factores de riesgo contextuales en psicopatología del desarrollo

Los factores de riesgo contextuales en psicopatología del desarrollo hacen referencia a variables como la pobreza o nivel socioeconómico, la disciplina y el estilo educativo familiar, factores que se mencionarán a continuación. Aunque también existen otros como el ruido, contaminación, escuela, acontecimientos vitales o ser víctima de violencia doméstica, entre otros factores.

3.3.2.1. Pobreza y nivel socioeconómico

La perspectiva tradicional en el campo de la psiquiatría de niños y adolescentes sostiene que es más probable que los niños que proceden de ambientes de pobreza y de clases socioeconómicas bajas, sufran problemas emocionales y de comportamiento (Bird, 2005). Ahora bien, en diversos estudios, la magnitud de los efectos directos de la pobreza es más bien pequeña. Es más importante considerar la posibilidad de que el efecto directo de la pobreza en la psicopatología no siempre se puede medir. La importancia de la pobreza como factor de riesgo puede descansar en el impacto que

puede tener generando otros factores de riesgo (Ezpeleta, 2005). El factor de riesgo también puede crear un contexto en el que surgen otras comorbilidades psicopatológicas (Bird, 2005). A continuación se verá la asociación entre el nivel socioeconómico y distintos síntomas específicos de psicopatología.

- *Depresión*

Lorant et al., (2003) encontraron evidencias claras de desigualdades socioeconómicas en las tasas de depresión. Los resultados indicaron que las personas con nivel socioeconómico bajo, tenían un riesgo mayor de padecer depresión. Por el contrario, Twenge y Nolen-Hoeksma (2002), en otro estudio realizado al respecto, advirtieron que el nivel socioeconómico no se relacionaba con las puntuaciones de depresión. En este sentido, la investigación sobre depresión y pobreza da como resultado la existencia de puntos contrapuestos y por tanto parece preciso un mayor número de estudios al respecto.

- *Trastornos de ansiedad*

El estudio de los factores asociados con los trastornos de ansiedad es complicado por el amplio grado de comorbilidad que existe entre los diferentes trastornos ansiosos. (Ezpeleta *et al.*, 2005). La bibliografía que evalúa la asociación entre pobreza y nivel socioeconómico con los trastornos por ansiedad es escasa. Bird et al. (1988) hallaron tendencias de que ante la ansiedad de separación, como las fobias, ocurrían más frecuentemente en los niveles socioeconómicos más bajo.

- *Trastornos de comportamiento*

La pobreza y la adversidad social también están relacionados con la sintomatología externalizante, tal como el trastorno de comportamiento perturbador, teniendo en cuenta el trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante (Ezpeleta, 2005). Importantes estudios longitudinales, como los realizados por Costello et al., (2003), han demostrado la relación existente entre pobreza y trastornos de comportamiento. A pesar de que parece que la pobreza por sí sola tiene un efecto directo sobre la delincuencia, existe un efecto interactivo entre esta y otros factores de riesgo que hay que considerar. Dichos factores de riesgo tienen que ver con problemas como la negligencia de los padres, la enfermedad mental de éstos, la violencia doméstica, la ruptura familiar, y otros factores de riesgo también asociados con la pobreza (Bird, 2005), además de esto, la pobreza afecta a familias que ya tienen de por sí peor pronóstico y más problemas asociados.

En la Tabla 3.5 se puede observar como la pobreza o bajo nivel socioeconómico junto con ciertos factores de riesgo, pueden llegar a generar en el niño trastornos de comportamiento.

3.5. Pobreza y sus factores de riesgo en relación con trastornos de comportamiento en el niño

Pobreza y bajo nivel socioeconómico	→ Factores de riesgo asociados:	Sintomatología
	Negligencia paterna Enfermedad mental Violencia doméstica Ruptura familiar	externalizada: Trastornos de comportamiento

3.3.2.2. Estilo educativo familiar y psicopatología.

El estilo educativo es el conjunto de características que describen el comportamiento de los padres en el trato con sus hijos y las pautas que se establecen para lograr un comportamiento correcto. La influencia del estilo educativo en características psicológicas o patológicas es considerado como un factor presente en el inicio del trastorno y de influencia en la evolución y de potenciación de este (Ezpeleta *et al.*, 2005).

A continuación se comentarán los trastornos en los que se ha investigado el estilo educativo de los padres. Trastornos que reflejan en algunos casos que las características educativas parentales se asocian con un amplio espectro de problemas psiquiátricos y psicológicos (Castro Fornieles, 2005).

- *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos*

Se ha sugerido que en los pacientes con trastornos fóbicos se encontrarían como antecedentes unas pautas educativas negativas como sobreprotección, elevadas críticas y escaso afecto, denominándose como un estilo educativo de “control sin afecto” (Arrindell, Emmelkamp, Monsma y Brillman, 1983b; Arrindell *et al.*, 1989; Gerlsma, Emmelkamp y Arrindell, 1990; Parker, 1979). La mayoría de estudios realizados señalan que los pacientes depresivos han tenido unas pautas educativas paternas más negativas con menos afecto, más rechazo o más control-sobreprotección (Duggan, Sham, Minne, Lee y murria, 1998; Gotlib, Mount, Cordy y Whiffen, 1988; Lamont, Fischhoff y Gottlieb, 1976; Parker *et al.*, 1986; Rojo, Livianos, Cervera y Domínguez, 1999; Sato *et al.*, 1998).

En conjunto, parece claro que los trastornos de tipo ansioso y depresivo se asocian más a un estilo sobreprotector y controlador ejercido con escasas muestras de afecto y aceptación (Gerlsma et al., 1990). Beck (1967) atribuyó el desarrollo de las cogniciones negativas a la influencia de padres críticos y desaprobadores, y Peterson y Seligman (1984) relacionaron el estilo depresivo con las críticas recibidas durante la infancia y con pérdidas traumáticas tempranas.

En la tabla 3.6 se hace referencia al estilo educativo que presentan lo padres, junto con las características personales que dicho estilo genera en los hijos, y su relación con la ansiedad y depresión en los niños.

Tabla 3.6. Asociación entre estilo educativo de los padres y psicopatología internalizada en los hijos.

ESTILO EDUCATIVO	CARACTERÍSTICAS	PSICOPATOLOGÍA
Control, sobreprotección con rechazo y falta de afecto	• Baja autoestima	Trastornos de ansiedad
	• Locus de control externo	
	• Agresividad	
	• Retraimiento	Trastornos depresivos
	• Poca iniciativa	

- *Trastorno de conducta y agresividad*

Para el desarrollo de trastornos externalizantes, también influye el estilo educativo que los padres manifiestan hacia sus hijos. Concretamente pautas educativas como el bajo control de los padres hacia sus hijos, se ha relacionado con trastornos de conducta, pues el bajo control favorece en los hijos el desarrollo de conductas disruptivas (Loukas, et al., 2003).

Los niños y jóvenes violentos que tienden a delinquir, suelen tener padres que manifiestan ciertas características en cuanto a su estilo educativo, tales como, hostilidad, agresividad o abuso físico, además de ello, suelen presentar una inadecuada supervisión y disciplina hacia sus hijos (Glueck y Glueck, 1972). La conducta agresiva que manifiestan los hijos, se ve fomentada por ciertas actitudes de los padres, de entre las que destaca el rechazo asociado con la permisividad y falta de límites (Olweus, 1980).

En definitiva, esta sintomatología externalizada que presentan los niños de padres que manifiestan los estilos educativos anteriormente mencionados, suele verse mejorada por ciertos cambios en cuanto a las pautas de comportamiento de los padres para con sus hijos, pues según Bor et al. (2002), las mejoras de las alteraciones conductuales de los niños, se relacionan con un estilo educativos positivo con normas claras y un elevado afecto por parte de los progenitores.

En la tabla 3.7 se puede observar de manera sintetizada como el estilo educativo que presentan los padres puede genera en los hijos trastornos de conducta, además se pueden observar las características personales que pueden presentar estos niños.

3.7 Asociación entre estilo educativo de los padres y psicopatología externalizada en los niños

ESTILO EDUCATIVO	CARACTERÍSTICAS	PSICOPATOLOGÍA
Falta de control y exigencia con rechazo y falta de afecto	<ul style="list-style-type: none"> Falta de afecto y vinculación a los padres. Bajo autocontrol e impulsividad. No metas a largo plazo. Vandalismo. 	Trastorno de conducta y trastorno disocial

INVESTIGACIÓN

4. ESTUDIO EMPÍRICO

4.1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio, se enmarca dentro de la literatura de investigación sobre las relaciones existentes entre estrés cotidiano infantil y la existencia o desarrollo temprano de psicopatología en la infancia, teniendo en cuenta para ello las posibles diferencias existentes en relación con el género.

Así pues, a continuación se presentarán y comentarán los objetivos perseguidos en esta investigación, así como el método utilizado en la misma, especificando participantes, instrumentos usados, procedimiento, diseño y el consecuente análisis estadístico de los datos.

4.2. OBJETIVOS

Los objetivos perseguidos en este estudio se centran en las posibles relaciones bidireccionales entre las variables a tratar:

1. Estudio descriptivo de las variables estrés cotidiano autopercibido en niños/as y las diversas sintomatologías psicopatológicas, tanto en la muestra total, como teniendo en cuenta el sexo.
2. Explorar y describir la relación existente entre estrés cotidiano infantil con los diversos trastornos psicopatológicos en la muestra total.
3. Explorar y describir la relación existente entre estrés cotidiano infantil y los diversos trastornos psicopatológicos teniendo en cuenta el sexo masculino.
4. Explorar y describir la relación existente entre estrés cotidiano infantil y los diversos trastornos psicopatológicos teniendo en cuenta el sexo femenino.

A continuación se especifican las implicaciones surgidas a partir de los objetivos de la investigación, concretamente se espera que:

I. Los alumnos estudiados, muestren niveles de estrés cotidiano autopercibido y sintomatologías psicopatológicas dentro de los valores medios, de acuerdo a su procedencia de una muestra no clínica.

II. Un mayor nivel de estrés cotidiano infantil autopercibido se relacione con un mayor nivel de afectación de psicopatologías. Ello se puede operacionalizar en:

- a) Niveles altos de estrés cotidiano infantil autopercibido, se asociará con niveles altos de sintomatología internalizada, como problemas de depresión, ansiedad, trastornos somáticos, trastornos de pensamiento y/o problemas de atención.
- b) Niveles altos de estrés cotidiano infantil autopercibido, se asociará con niveles altos de sintomatología externalizada, como problemas sociales, el incumplimiento de reglas y/o problemas de agresividad.

4.3. MÉTODO

A continuación, se expondrá el método propuesto para este estudio, recogiendo, así mismo, los diversos aspectos referentes a participantes, instrumentos, procedimiento, diseño y análisis de datos.

4.3.1. Participantes

Los participantes de esta investigación son procedentes de una muestra no clínica, con un $n=100$, estudiantes de Enseñanza Primaria Obligatoria, procedentes de un colegio de titularidad pública de la zona de Málaga capital.

En la muestra, de estos 100 alumnos, 55 son niñas y 45 son niños, con edades comprendidas entre 8 y 12 años, y procedentes de los cursos de 3º, 4º, 5º y 6º de Educación Primaria. La composición de la muestra está equilibrada según la variable sexo, como puede observarse en la Figura 4. 1. , y la mayor parte de la muestra tiene edades de ocho años, siguiéndole los de diez y once años de edad, y en último término, está la edad de nueve años, como se puede ver en la Figura 4. 2., comprendiendo, así mismo, a sujetos que están dentro de las denominadas infancia e infancia tardía.

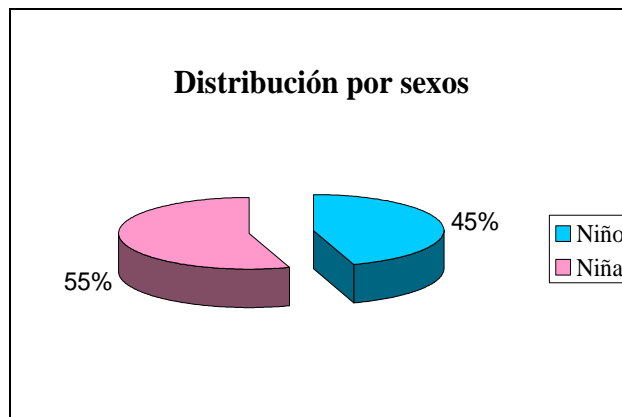


Figura 4. 1. Descripción del sexo de los participantes del estudio (N = 100)

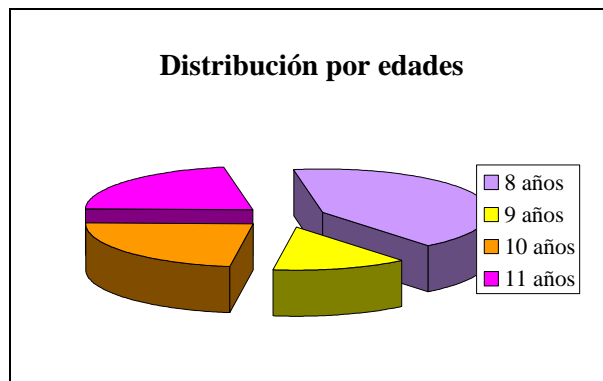


Figura 4. 2. Descripción de la edad de los participantes del estudio (N = 100)

4.3.2. Instrumentos

Los diferentes instrumentos empleados en el proceso de evaluación de la asociación entre estrés cotidiano infantil autopercibido y manifestación de sintomatología psicopatológica, se han enfocado en el análisis de las distintas variables personales que pueden estar implicadas en dicha relación. Concretamente se presenta en este estudio tres instrumentos de recogida de información: el Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) de Trianes et al. (2007), el cuestionario de Estrés en Niños (EeN) de Osika, Friberg y Währborg (2007), y el Inventario de Comportamiento del niño para profesores (TRF) de Achenbach, T. (2001).

Específicamente y de manera concreta:

- Para la evaluación del estrés cotidiano infantil se usaron los siguientes instrumentos:
 - El Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) de Trianes et al. (2007).
 - Y el cuestionario de Estrés en Niños (EeN) de Osika, Friberg y Währborg (2007).
- Y para la evaluación de la existencia de sintomatología psicopatológica (internalizada / externalizada), evaluada por el profesor-tutor del alumno, se usó:
 - El Inventario del Comportamiento del Niño para profesores (CBCL-TRF) de Thomas Achenbach (2001).

Estos recursos implican dos fuentes de información: autoinformes e informantes externos atendiendo así mismo a la información proporcionada por parte del profesor - tutor.

4.3.2.1. Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) (véase Anexo 1)

El Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) fue diseñado por el Grupo de Investigación HUM-378 con el objeto de realizar un estudio epidemiológico sobre el estrés infantil en población de 8 a 12 años. Los ítems han sido desarrollados a partir de un análisis de contenidos de inventarios de adultos y adolescentes, ya que apenas existen instrumentos con fiabilidad y validez contrastada para evaluar el estrés cotidiano en niños (Grant et al., 2004). Posteriormente, se desarrolló una aplicación piloto con el objeto de adaptar la formulación de los ítems a la población infantil, y a continuación se administró una primera versión del instrumento a una población de 6.276 escolares, de toda Andalucía, en un trabajo epidemiológico (Miranda, Muñoz, Hierrezuelo, Fernández y Trianes, 2005; Trianes et al., 2005). Finalmente se ha desarrollado la versión final del inventario, obteniéndose su estructura factorial, así como datos consistentes de fiabilidad y validez (Trianes et al., 2007).

Su versión final, utilizada en este estudio, consiste en un inventario autoinformado compuesto por 27 ítems dicotómicos. Estos ítems están organizados en tres dimensiones: Salud (12 ítems), Escuela (7 ítems), y Familia (8 ítems). A través de la respuesta a estas afirmaciones se chequea la frecuencia de efectos molestos, fastidiosos e irritantes que le han sucedido al niño durante los últimos meses. La puntuación en el inventario se obtiene sumando el número de respuestas afirmativas. Altas puntuaciones se interpretan como indicativas de altos niveles de estrés cotidiano autopercibido.

En cuanto a su estructura, en un análisis de componentes principales, mediante rotación varimax, se extrajo un único factor que explica el 57.6% de la varianza. Sus saturaciones factoriales son: .82 para dimensión Salud, .74 para Escuela, y .72 para Familia.

La puntuación total del IIEC presenta una consistencia interna de $\alpha = .81$, siendo .67 para la dimensión de Salud, .68 para la de Escuela y .64 para la de Familia. Posteriormente fue realizado un análisis test-retest con un intervalo de 12 semanas, con el objeto de analizar de la medida, obteniéndose coeficientes de .67 para las dimensiones de Salud y Escuela, y de .65 para la dimensión de Familia. El coeficiente de fiabilidad test-retest para el total del instrumento IIEC ha sido .80.

Para establecer la validez del IIEC y poder basar las puntuaciones de estrés de este estudio sobre un cuestionario publicado, se usó también el Cuestionario de Estrés Cotidiano en Niños (EeN), que a continuación se comentará, y que correlaciona con el anterior cuestionario de manera que se puede concluir que ambos miden la misma variable, el estrés cotidiano infantil.

4.3.2.2. Cuestionario de Estrés en Niños (EeN) (véase Anexo 2)

El cuestionario de Estrés en Niños (EeN), desarrollado por Osika, Friberg y Währborg (2007), es un inventario autoinformado compuesto por 21 ítems que son contestados por el alumno atendiendo a cuatro respuestas: Nunca, A veces, Frecuentemente, y Muy Frecuentemente. A través de la respuesta a las afirmaciones que se proponen en el inventario, se chequea con qué frecuencia le han sucedido al niño durante los últimos meses.

Este reciente cuestionario corto para evaluar el estrés autopercibido por los niños, es originalmente denominado *Stress in Children* (SiC), está dirigido a niños de entre ocho y doce años de edad. Según sus autores, Osika, W., Friberg, P., y Währborg,

P., (2007), en una reciente investigación, comprobaron que este cuestionario, presentaba una significación estadística de 0, 86 ($p = 0,01$), y además de ello, tenía una destacada consistencia interna, concretamente el coeficiente de Cronbach del cuestionario EeN, fue de 0, 856, considerado por tanto alto, lo que confirmó su alta consistencia interna. Además de ello, se comprobaron sus óptimas propiedades psicométricas.

Dicho cuestionario presenta asociaciones significativas entre las medidas psicológicas usadas y otras establecidas por instrumentos específicos de depresión, ansiedad, ira, conductas disruptivas, negativa autopercepción y síntomas psicosomáticos; como es el caso del inventario *Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment (BYI)*.

Así mismo, consta de tres preguntas a cerca de síntomas psicosomáticos, como son la cefalea o dolor de cabeza, el dolor somático, y la somnolencia o el hecho de no poder conciliar el sueño por las noches, estos ítems son, respectivamente, el 2: Me duele la cabeza, el ítem 5: Me duele el estómago, y el ítem 10: Me quedo dormido/a con facilidad por la noche.

Por tanto, es un cuestionario publicado muy recientemente pero que presenta ya propiedades psicométrías óptimas y una excelente fiabilidad, así como gran consistencia interna (Osika, Friberg y Währborg; 2007).

4.3.2.3. Inventario del Comportamiento del niño para profesores (TRF) (Anexo 3)

El Inventario del Comportamiento de niños/as de 6 a 18 años para profesores (TRF/6-18), “*The Child Behavior Checklist for Ages 6 to 18 (CBCL/6-18), Teacher’s Report forms (TRF)*”, es una revisión de la edición previa que acogía edades de entre 5 y 18 años de edad (Achenbach, 1991). El CBCL-TRF, forma parte, junto con el modelo autoinformado, del *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*. Dicho inventario, usado para este estudio, pertenece concretamente a la edición, 9-01, publicada por Achenbach (2001).

Este cuestionario es completado por el profesor del niño u otro personal docente que esté familiarizado con las funciones del niño en el colegio. En la primera y segunda página del mismo, se pregunta y obtiene información acerca del alumno como: edad, sexo, curso, trabajo de los padres, etc., así como referente a la relación profesor-alumno, como: cuántos meses hace que conoce el profesor al alumno, cuánto le conoce, cuánto tiempo a la semana está en su clase, y asuntos relacionados con el alumno como, si ha

repetido algún curso, si ha asistido a clases de apoyo, su rendimiento escolar actual, etc. En las siguientes páginas, tres y cuatro del cuestionario, se responde a 113 ítem que aportan datos de problemas de desarrollo, emocionales y sociales, con una valoración de 0 (no es cierto), 1 (algo, algunas veces cierto), y 2 (cierto muy a menudo o bastante a menudo), y que responde el profesor atendiendo al suceso o característica que describe mejor al alumno, estimando en la respuesta el momento actual o durante los dos últimos meses.

Con este cuestionario se pueden evaluar no solo problemas de desarrollo, sociales y/o emocionales, sino también problemas de depresión y conducta, como los ítem 5, (hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar), ó 28 (se salta las normas de la escuela), entre otros. Así como especificar el nivel del niño en los ámbitos: Actividad, Social, y Colegio.

Concretamente evalúa si está dentro del rango normal o en el de rango clínico las funciones adaptativas de funcionamiento académico en: Trabajo, Actuación Apropriadada, Aprendizaje y Felicidad. Pudiéndose detectar problemas tanto interiorizados como: ansiedad/depresión, huída/depresión, y quejas somáticas; como exteriorizados: conductas agresivas, conductas desobedientes o que rompen las normas; así como otros problemas tales como: problemas sociales, atenciones y otros.

Específicamente, las psicopatológicas que valora este inventario son: conductas internalizada, como puntuaciones en problemas de depresión, ansiedad, trastornos somáticos, trastornos de pensamiento y problemas de atención; así como conductas externalizadas, como valoraciones en problemas sociales, el incumplimiento de reglas y problemas de agresividad; teniendo en cuenta además, otras puntuaciones específicas para la sintomatología externalizada y la internalizada.

4.3.3. Diseño

El diseño experimental de nuestro estudio es un diseño de tipo correlacional. Concreta y específicamente, es un estudio no manipulativo (pues no hay intervención por parte del investigador, solo la recogida de datos), más concretamente de exploración, por tanto es un diseño dentro de los tipos correlacionales, donde se estudia la relación de las variables por medio de correlaciones, es decir, aportando índices de asociación .

En dicho estudio se pretenden cruzar susodichas correlaciones atendiendo a series de datos, teniendo en cuenta variables referentes al estrés cotidiano infantil y las diversas sintomatologías psicopatológicas, tanto en la muestra total, como teniendo en cuenta el sexo.

4.3.4. Procedimiento

Para la selección de los participantes en este estudio se contactó, en primer lugar, con el centro de Enseñanza Primaria en cuestión, donde se presentó el proyecto y los objetivos de la investigación a través de una reunión con la dirección del centro. En dicha reunión se especificó las tareas a realizar y las pruebas que se pasarían tanto al alumnado como los cuestionarios que deberían ser respondidos por el profesorado, así como su temporización. Tras el visto bueno por parte de la autoridad competente del centro, se llevó a cabo otra reunión con el profesorado para una presentación y especificación más concreta de las tareas, pruebas, temporalización, y muy especialmente, la explicación del cuestionario que el profesor-tutor debería responder por cada alumno que participase, con su posterior consentimiento en la participación de estos profesores en la investigación. Tras el consentimiento de los miembros del equipo docente, se solicitó el de los padres para que sus hijos participaran en dicha investigación, teniendo como resultado una gran participación y acogida por parte de dichos progenitores.

La aplicación de las pruebas de autoinformes se llevó a cabo en un aula acondicionada para dicho fin, amplia y luminosa, donde se podía dejar entre los alumnos una adecuada separación entre sus asientos durante el desarrollo de las evaluaciones. Esto se hizo de forma colectiva, pero en pequeños grupos, bajo la supervisión de un investigador y en ausencia del profesorado. A estos alumnos se les suministró el cuestionario de Estrés en Niños (EeN) de Osika, Friberg y Währborg (2007), y el Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) de Trianes et al., (2007). Tras la explicación genérica de las normas para rellenar dichos cuestionarios, los ítems se fueron leyendo uno a uno en voz alta y se emplearon siempre las mismas aclaraciones y ejemplos para resolver las dudas que surgían sobre la interpretación de los enunciados, respondiendo cada alumno de manera personal y privada respecto al resto de compañeros.

Respecto a los cuestionarios para profesores, la Lista de Comprobación de los Problemas del niño (TRF) de Achembach, T. (2001), fueron entregados varios a los profesores-tutores que aceptaron colaborar en la investigación de los alumnos participantes, para que lo cumplimentaran dónde y cuándo quisieran, previa y debidamente explicados, dándoles un amplísimo margen de entrega, flexibilidad y disposición total a atenderles y ayudarles en su compromiso de colaborar en la cumplimentación de todos los cuestionarios correspondientes a cada profesor, pues concretamente, debían rellenar un cuestionario completo por cada niño que participase en el estudio.

Cabe mencionar, que el presente estudio forma parte de otra investigación más compleja sobre el estrés cotidiano infantil, rendimiento cognitivo y académico, y psicopatología en niños, atendiendo a distintas variables, como correlatos hormonales, estrés vital, apreciación de estresores por parte de los padres, niveles de estatus socioeconómico objetivo y subjetivos de la familia, historia familiar y médica, rendimiento cognitivo y notas, así como variables como depresión, ansiedad e ira, así pues, tanto profesores como padres respondieron a cuestionarios y se implicaron en la recogida de muestras biológicas para la obtención de datos hormonales.

4.3.5. Análisis Estadístico de los datos

A continuación, se especifican los diversos análisis estadísticos propuestos para lograr los diferentes objetivos que se persiguen en la presente investigación. Concretamente se persigue describir y analizar la relación existente en el estrés cotidiano en la infancia con problemática psicopatológica. Por tanto, para alcanzar dichos objetivos específicos en este estudio, se han llevado a cabo los siguientes análisis:

A) Análisis descriptivos

Se han realizado análisis de tipo descriptivo de las variables estrés cotidiano infantil, así como de los diversos índices de problemática psicopatológica, como ansiedad, depresión, trastorno somático, social, de pensamiento, atención, incumplimiento de reglas, agresividad, y en general las conductas internalizantes y externalizantes. Teniendo en cuenta, para ello, tanto el género de la muestra como el

total de los sujetos. Estos análisis permitirán conocer los niveles y características de la muestra en las variables mencionadas.

B) Análisis de correlación

En este estudio se han efectuado análisis estadísticos de correlación, pues van a permitir explorar y estudiar la relación existente entre estrés cotidiano infantil, con los diversos índices de los trastornos psicopatológicos, tales como: ansiedad, depresión, trastorno somático, trastorno social, problemas de pensamiento, de atención, incumplimiento de reglas, agresividad, y las variables referentes a conductas internalizantes y externalizantes. Estos análisis de correlación han sido realizados teniendo en cuenta la muestra total y la muestra en función del sexo. Dichos análisis se han fundamentado en el uso del coeficiente de correlación bivariada de Pearson implementado por el paquete estadístico SPSS 12.

5. RESULTADOS

A continuación, se presentarán, en primer lugar, los análisis estadísticos descriptivos; y en segundo lugar, se exponen los análisis de correlación desarrollados en esta investigación.

5.1. Análisis descriptivos

Estrés cotidiano autopercibido (Inventario Infantil de Estresores Cotidianos)

Los participantes del estudio, presentan unas puntuaciones de estrés cotidiano en el IIEC, que oscilan entre 0 y 18, presentando una media de 5,19 y una desviación típica de 4,06.

Estrés cotidiano autopercibido (Cuestionario de Estrés en Niños)

Los estadísticos descriptivos sobre las puntuaciones de los sujetos que conforman la muestra, en el cuestionario EeN, oscilan entre 24 y 65, arrojando una puntuación media de 44,43 y una desviación típica de 6,96.

Trastornos psicopatológicos (Cuestionario del Comportamiento del niño, TRF)

Los estadísticos descriptivos de las puntuaciones de los participantes en las diversas escalas psicopatológicas que pueden presentar en la prueba TRF, son las siguientes:

- Depresión: Las puntuaciones oscilan entre los valores 0 y 11, siendo el valor medio de 2,60 y la desviación típica de 2,93.
- Ansiedad: Las puntuaciones oscilan entre los valores 0 y 11, siendo el valor medio de 2,48 y la desviación típica de 2,58.
- Trastornos somáticos: Las puntuaciones oscilan entre los valores 0 y 7, siendo el valor medio de 1,04 y la desviación típica de 1,82.
- Trastornos de pensamiento: Las puntuaciones oscilan entre los valores 0 y 11, siendo el valor medio de 1,11 y la desviación típica de 1,81.
- Problemas de atención: Las puntuaciones oscilan entre los valores 0 y 15, siendo el valor medio de 4,11 y la desviación típica de 3,91.

- Problemas sociales: Las puntuaciones oscilan entre los valores 0 y 11, siendo el valor medio de 1,42 y la desviación típica de 2,08.
- Incumplimiento de reglas: Las puntuaciones oscilan entre los valores 0 y 15, siendo el valor medio de 2,32 y la desviación típica de 2,86.
- Problemas de agresividad: Las puntuaciones oscilan entre los valores 0 y 23, siendo el valor medio de 2,86 y la desviación típica de 4,35.
- Sintomatología externalizada: Las puntuaciones oscilan entre los valores 0 y 38, siendo el valor medio de 5,19 y la desviación típica de 7,03.
- Sintomatología internalizada: Las puntuaciones oscilan entre los valores 0 y 20, siendo el valor medio de 6,50 y la desviación típica de 5,56.

En la Tabla 5.1, figuran las medias y desviaciones típicas, correspondientes a los diferentes trastornos psicopatológicos, medidos con el inventario TRF (Achenbach et al., 2001), así como del estrés cotidiano infantil, medidos con el IIEC (Trianes et al., 2007), y la prueba EeN (Osika, Friberg y Währborg; 2007). Dichos análisis descriptivos se centran en la muestra total (n= 100).

Tabla 5.1. Estadísticos descriptivos de las escalas de trastornos psicopatológicos y estrés cotidiano infantil en la muestra total (N=100)

Variables	Media (Desviación típica)
IIEC Total	6,67 (4,06)
EeN Total	44,43 (6,96)
TRF- ansiedad	2,48 (2,58)
TRF- depresión	2,60 (2,93)
TRF- somático	1,40 (1,82)
TRF- social	1,42 (2,08)
TRF- pensamiento	1,11 (1,81)
TRF- atención	4,11 (3,91)
TRF- reglas	2,32 (2,86)
TRF- agresivo	2,86 (4,35)
TRF- internalizante	6,50 (5,56)
TRF- externalizante	5,19 (7,03)
TRF- Total	16,88 (14,29)

Nota. TRF= “*Teacher’s Report Form*”: Inventario del comportamiento del niño versión para profesores; IIEC= Inventario Infantil de Estresores Cotidianos; EeN= cuestionario de Estrés en Niños

En la Tabla 5. 2., figuran las medias y desviaciones típicas, correspondientes a los diferentes trastornos psicopatológicos, medidos con el inventario TRF (Achenbach et al., 2001), así como del estrés cotidiano infantil, medidos con el IIEC (Trianes et al.,

2007), y con el EeN (Osika, Friberg y Währborg; 2007) teniendo en cuenta la muestra en función del sexo: Niño.

Tabla 5. 2. Estadísticos descriptivos de las escalas de trastornos psicopatológicos y el estrés cotidiano infantil en la muestra en función del sexo: Niño. (N=45).

	Media (Desviación típica)
IIEC Total	6,97 (4,36)
EeN Total	43,63 (7,54)
TRF- ansiedad	2,68 (2,66)
TRF- depresión	3,15 (3,25)
TRF- somático	1,47 (1,74)
TRF- social	1,97 (2,55)
TRF- pensamiento	1,59 (2,23)
TRF- atención	5,56 (4,12)
TRF- reglas	3,20 (3,29)
TRF- agresivo	4,22 (5,29)
TRF- internalizante	7,31 (5,45)
TRF- externalizante	7,72 (8,44)
TRF- Total	21, 64 (15,02)

Nota. TRF= “*Teacher’s Report Form*”: Inventario del comportamiento del niño versión para profesores; IIEC= Inventario Infantil de Estresores Cotidianos; EeN= cuestionario de Estrés en Niños

En la Tabla 5. 3, figuran las medias y desviaciones típicas, correspondientes a los diferentes trastornos psicopatológicos, medidos con el inventario TRF (Achenbach et al., 2001), así como del estrés cotidiano infantil, medidos con el IIEC (Trianes et al., 2007), y EeN (Osika, Friberg y Währborg; 2007). Dichos análisis descriptivos se desarrollaron teniendo en cuenta la muestra en función del sexo, en este caso se presentan los resultados para las niñas.

Tabla 5.3. Estadísticos descriptivos de las escalas de trastornos psicopatológicos y estrés cotidiano infantil en la muestra en función del sexo: Niña. (N=55)

	Media (Desviación típica)
IIEC Total	6,42 (3,82)
EeN Total	45,09 (6,46)
TRF- ansiedad	2,33 (2,53)
TRF- depresión	2,14 (2,58)
TRF- somático	1,35 (1,89)
TRF- social	0,98 (1,48)
TRF- pensamiento	0,72 (1,27)
TRF- atención	2,92 (3,32)
TRF- reglas	1,37 (2,04)
TRF- agresivo	1,75 (3,04)
TRF- internalizante	5,83 (5,60)
TRF- externalizante	3,12 (4,79)
TRF- Total	12,98 (12,49)

Nota. TRF= “*Teacher’s Report Form*”: Inventario del comportamiento del niño versión para profesores; IIEC= Inventario Infantil de Estresores Cotidianos; EeN= cuestionario de Estrés en Niños.

5.2. Análisis de correlación

En función de los objetivos, a continuación se van a analizar las relaciones existentes entre las variables de estrés cotidiano infantil autopercibido y las puntuaciones en las diversas tipologías psicopatológicas que arroja el TRF, teniendo en cuenta, en primer lugar la totalidad de la muestra, y posteriormente, repitiendo estos análisis para cada sexo.

5.2.1. Estrés cotidiano infantil y psicopatología

En primer lugar, se ha estudiado la relación existente entre las puntuaciones de estrés cotidiano infantil aportadas por el Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC), así como por el Inventario de Estrés en Niños (EeN) en relación con las puntuaciones de las diferentes escalas de afectación psicopatológica aportadas por el Inventario de Comportamiento del niño para profesores (TRF).

Ambos instrumentos, usados para una mayor fiabilidad en la evaluación del estrés cotidiano infantil, tienen entre ellos una alta correlación significativa: (coeficiente) 0,003.

Los resultados del total de los participantes (N=100), muestran una alta correlación positiva entre las puntuaciones de estrés cotidiano autopercibido y las escalas de síntomas psicopatológicos. Muy especialmente, el estrés medido por el EeN, refleja claras y altas correlaciones significativas con la puntuación total del TRF, así como en trastornos somáticos, problemas sociales, atención, conductas agresivas, sintomatología exteriorizada, y se observan tendencias a la significación en las variables relativas a trastornos por ansiedad, falta de cumplimiento de reglas, y conductas internalizantes. (Tabla 5. 4).

El estrés medido por el cuestionario IIEC, señala una alta correlación significativa en la variable trastornos somáticos, y una tendencia a la significación en la variable problemas de atención. El resto de escalas no muestra correlaciones estadísticamente significativas con dicha prueba.

Tabla 5.4. Coeficientes de correlación de Pearson entre estrés cotidiano infantil autopercibido y diversos índices de sintomatología psicopatológica en la muestra total (N= 100)

	TRF- ansiedad	TRF- depresión	TRF- somático	TRF- social	TRF- pensamiento	TRF- atención	TRF- reglas	TRF- agresivo	TRF- internalizante	TRF- externalizante	TRF- Total	IIEC Total	EeN Total
TRF- ansiedad	1												
TRF- depresión	0,283** 0,004	1											
TRF- somático	0,261** 0,09	0,463** 0,000	1										
TRF- social	0,441** 0,000	0,375** 0,000	0,246* 0,014	1									
TRF- pensamiento	0,430** 0,000	0,288** 0,004	0,360** 0,000	0,551** 0,000	1								
TRF- atención	0,288** 0,004	0,254* 0,011	0,526** 0,000	0,428** 0,000	0,348** 0,000	1							
TRF- reglas	0,296** 0,003	0,087 0,389	0,209* 0,037	0,517** 0,000	0,605** 0,000	0,722** 0,000	1						
TRF- agresivo	0,239** 0,017	0,025 0,806	0,131 0,195	0,548** 0,000	0,557** 0,000	0,596** 0,000	0,890** 0,000	1					
TRF- internalizante	0,699** 0,000	0,826** 0,000	0,698** 0,000	0,487** 0,000	0,472** 0,000	0,442** 0,000	0,252* 0,011	0,166 0,098	1				
TRF- externalizante	0,269** 0,007	0,051 0,615	0,166 0,098	0,551** 0,000	0,592** 0,000	0,664** 0,000	0,959** 0,000	0,983** 0,000	0,206* 0,040	1			
TRF- Total	0,534** 0,000	0,406** 0,000	0,510** 0,000	0,636** 0,000	0,696** 0,000	0,777** 0,000	0,870** 0,000	0,832** 0,000	0,633** 0,000	0,870** 0,000	1		
IIEC Total	0,010 0,925	0,003 0,976	0,226* 0,024	0,069 0,493	0,145 0,151	0,182 0,070	0,078 0,438	0,044 0,667	0,071 0,482	0,059 0,560	0,112 0,269	1	
EeN Total	0,177 0,078	-0,014 0,889	0,306** 0,002	0,283** 0,004	0,132 0,189	0,204* 0,042	0,194 0,053	0,209* 0,037	0,173 0,084	0,208* 0,038	0,264** 0,008	0,295** 0,003	1

Nota. TRF= "Teacher's Report Form": Inventario del comportamiento del niño versión para profesores; IIEC= Inventario Infantil de Estresores Cotidianos; EeN= cuestionario de Estrés en Niños.

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

5.2.2. Estrés cotidiano infantil y psicopatologías en niños

En segundo lugar, se ha examinado la relación existente entre las puntuaciones de estrés cotidiano infantil aportadas por los mismos cuestionarios: el Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC), y el Inventario de Estrés en Niños (EeN); en relación con las puntuaciones de escalas de sintomatología psicopatológica calculadas con el Inventario de Comportamiento del niño para profesores (TRF), en este caso en función del sexo de los participantes. En este apartado se presentan los resultados para niños.

En este caso, ambos instrumentos usados en la evaluación del estrés cotidiano infantil, siguen teniendo entre ellos una alta correlación significativa, concretamente un coeficiente de 0,001.

Los resultados en función del sexo masculino de los participantes muestran una alta correlación positiva entre las puntuaciones de estrés cotidiano autopercibido y las escalas de síntomas psicopatológicos. Específicamente, se pueden observar altas correlaciones significativas entre el estrés cotidiano infantil aportado por la escala EeN y sintomatología psicopatológica referente a trastornos somáticos y problemas sociales; así como tendencias a la significación con las variables referentes a problemas atencionales y el no cumplimiento de reglas. Con respecto al estrés cotidiano medido con el IIEC, se observa una correlación significativa con la variable de problemas somáticos. (Tabla 5. 5).

Tabla 5.5. Coeficientes de correlación de Pearson entre estrés cotidiano infantil autopercibido y diversos índices de sintomatología psicopatológica en función del sexo: Niño. (N= 45)

	TRF- ansiedad	TRF- depresión	TRF- somático	TRF- social	TRF- pensamiento	TRF- atención	TRF- reglas	TRF- agresivo	TRF- internalizante	TRF- externalizante	TRF- Total	IIEC Total	EeN Total
TRF- ansiedad	1												
TRF- depresión	0,121 0,429	1											
TRF- somático	0,147 0,335	0,383** 0,009	1										
TRF- social	0,379* 0,010	0,311* 0,037	0,185 0,223	1									
TRF- pensamiento	0,385** 0,009	0,286 0,057	0,370* 0,012	0,578** 0,000	1								
TRF- atención	0,366* 0,014	0,177 0,244	0,571** 0,000	0,422** 0,002	0,616** 0,000	1							
TRF- reglas	0,361* 0,015	-0,054 0,726	0,113 0,459	0,526** 0,000	0,530** 0,000	0,597** 0,000	1						
TRF- agresivo	0,156 0,307	-0,086 0,576	0,041 0,789	0,520** 0,000	0,472** 0,001	0,480** 0,001	0,932** 0,000	1					
TRF- internalizante	0,606** 0,000	0,808** 0,000	0,630** 0,000	0,437** 0,003	0,483** 0,001	0,470** 0,001	0,177 0,246	0,035 0,822	1				
TRF- externalizante	0,238 0,115	-0,075 0,626	0,070 0,649	0,531** 0,000	0,502** 0,000	0,534** 0,000	0,974** 0,000	0,990** 0,000	0,090 0,555	1			
TRF- Total	0,465** 0,001	0,251 0,097	0,391** 0,008	0,611** 0,000	0,645** 0,000	0,712** 0,000	0,914** 0,000	0,849** 0,000	0,506** 0,000	0,889** 0,000	1		
IIEC Total	0,137 0,369	-0,001 0,997	0,299* 0,046	0,041 0,787	0,109 0,475	0,144 0,345	-0,006 0,966	-0,021 0,892	0,029 0,851	-0,019 0,919	0,015 0,921	1	
EeN Total	0,157 0,304	-0,083 0,590	0,346* 0,020	0,337* 0,024	0,096 0,532	0,273 0,069	0,252 0,095	0,196 0,197	0,134 0,379	0,221 0,144	0,260 0,085	0,481** 0,001	1

Nota. TRF= "Teacher's Report Form": Inventario del comportamiento del niño versión para profesores; IIEC= Inventario Infantil de Estresores Cotidianos; EeN= cuestionario de Estrés en Niños.

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

5.2.3. Estrés cotidiano infantil y psicopatologías en niñas

En tercer lugar, se ha analizado la relación existente entre las puntuaciones de estrés cotidiano infantil autoinformado evaluadas por los inventarios anteriormente mencionados: el Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC), y el Inventario de Estrés en Niños (EeN) en relación con las puntuaciones de las escalas de sintomatología psicopatológica del Inventario de Comportamiento del niño para profesores (TRF); en función del sexo de los participantes, concretamente el género femenino.

Los resultados en función del sexo de las participantes, en este caso niñas, muestran una alta correlación positiva entre las puntuaciones de estrés cotidiano autopercibido y las escalas de sintomatología psicopatológica. Concretamente, existen altas y claras correlaciones significativas entre el estrés cotidiano infantil del inventario EeN y sintomatología psicopatológica en su puntuación total y en las escalas de trastornos somáticos, problemas sociales, pensamiento, agresividad, y problemas exteriorizados, además de ello, se detectan tendencias a la significación en las variables del incumplimiento de reglas y las conductas internalizantes (Tabla 5. 6).

Tabla 5.6. Coeficientes de correlación de Pearson entre estrés cotidiano infantil autopercibido y diversos índices de sintomatología psicopatológica en función al sexo: Niña. (N= 55)

	TRF- ansiedad	TRF- depresión	TRF- somático	TRF- social	TRF- pensamiento	TRF- atención	TRF- reglas	TRF- agresivo	TRF- internalizante	TRF- externalizante	TRF- Total	IIEC Total	EeN Total
TRF- ansiedad	1												
TRF- depresión	0,456** 0,000	1											
TRF- somático	0,349** 0,009	0,565** 0,000	1										
TRF- social	0,558** 0,000	0,411** 0,002	0,349** 0,009	1									
TRF- pensamiento	0,524** 0,000	0,197 0,150	0,396** 0,003	0,393** 0,003	1								
TRF- atención	0,194 0,156	0,243 0,074	0,530** 0,000	0,295* 0,029	0,656** 0,000	1							
TRF- reglas	0,216 0,114	0,131 0,342	0,350** 0,009	0,363** 0,006	0,677** 0,000	0,849** 0,000	1						
TRF- agresivo	0,359** 0,007	0,65 0,637	0,253 0,062	0,511** 0,000	0,662** 0,000	0,713** 0,000	0,771** 0,000	1					
TRF- internalizante	0,778** 0,000	0,857** 0,000	0,755** 0,000	0,559** 0,000	0,460** 0,000	0,378** 0,004	0,276* 0,042	0,277* 0,041	1				
TRF- externalizante	0,319* 0,017	0,097 0,482	0,310* 0,021	0,479** 0,000	0,709** 0,000	0,813** 0,000	0,915** 0,000	,963** 0,000	0,293* 0,030	1			
TRF- Total	0,620** 0,000	0,524** 0,000	0,655** 0,000	0,631** 0,000	0,755** 0,000	0,804** 0,000	0,787** 0,000	0,796** 0,0001	0,742** 0,000	0,840** 0,000	1		
IIEC Total	0,105 0,445	-0,025 0,855	0,163 0,234	0,077 0,575	0,177 0,197	0,197 0,150	0,152 0,269	0,099 0,471	0,091 0,510	0,127 0,354	0,183 0,180	1	
EeN Total	0,212 0,120	0,113 0,412	0,282* 0,037	0,290* 0,031	0,270* 0,046	0,212 0,120	0,242 0,075	0,334* 0,013	0,243 0,074	0,127 0,354	0,359** 0,007	0,111 0,419	1

Nota. TRF= "Teacher's Report Form": Inventario del comportamiento del niño versión para profesores; IIEC= Inventario Infantil de Estresores Cotidianos; EeN= cuestionario de Estrés en Niños.

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

A continuación, para cerrar este punto, se expone una tabla que resume los resultados, de manera muy sintetizada, a cerca de los síntomas psicopatológicos relacionados con el estrés cotidiano autopercibido en la muestra total y atendiendo al sexo.

Tabla 5. 7. Relación de las variables estrés cotidiano autopercibido y diversos síntomas psicopatológicos, destacando las altamente significativas y las tendencias.

Síntomas psicopatológicos	Estrés cotidiano autopercibido		
	Total de la muestra	En función al sexo:	En función al sexo:
		Niño	Niña
Ansiedad	<i>t</i>		
Depresión			
Trastorno somático	<i>S</i>	<i>S</i>	<i>S</i>
Problemas sociales	<i>S</i>	<i>S</i>	<i>S</i>
Trastornos de pensamiento			<i>S</i>
Problemas de atención	<i>S</i>	<i>t</i>	
Incumplimiento de reglas	<i>t</i>	<i>t</i>	<i>t</i>
Conductas agresivas	<i>S</i>		<i>S</i>
Sintomatología internalizante	<i>t</i>		<i>t</i>
Sintomatología externalizante	<i>S</i>		<i>S</i>
Total	<i>S</i>	<i>t</i>	<i>S</i>

Nota. *S*= correlación significativa; *t* = tendencia.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio ha tenido como objetivo principal analizar la relación existente entre el nivel de estrés cotidiano infantil autopercibido que experimentan un grupo de 100 niños/as sanos de entre 8 y 11 años de edad con los problemas de sintomatología psicopatológica que estos pueden presentar, teniendo en cuenta además el sexo de los participantes en la relación establecida.

Los resultados de este estudio, apoyan la idea de que el estrés cotidiano autopercibido por los niños/as, se relaciona estrecha e inequívocamente con la aparición y magnitud del desarrollo de psicopatologías. A continuación, en relación a los objetivos del estudio, se comentará en primer lugar la descripción de las variables empleadas en la presente investigación, y en segundo lugar se discutirán los resultados de los análisis de correlación bivariada entre las múltiples variables utilizadas en este estudio.

Objetivo 1. Examinar los niveles descriptivos de la muestra

Respecto a los resultados obtenidos en los análisis descriptivos, puede decirse que la muestra del presente estudio, respondiendo a su naturaleza no clínica, no presenta niveles extremos en ninguna de las variables medidas. En cuanto al estrés cotidiano autopercibido evaluado a través del inventario EeN no se obtienen en la muestra puntuaciones extremas, ni en la muestra total ni en relación al sexo. En relación al estrés cotidiano evaluado a través del IIEC, los participantes presentan unos niveles de estrés cotidiano medios en relación a los valores extremos del instrumento.

Finalmente, los resultados descriptivos referidos a la sintomatología psicopatológica de los niños evaluada a través del instrumento TRF Inventario de Comportamiento del niño para profesores, muestran que las puntuaciones en las diferentes escalas, no presentan niveles alarmantemente extremos. Estos valores medios se obtienen en todas las escalas que conforman la prueba: sintomatología internalizada, problemas de depresión, ansiedad, trastornos somáticos, trastornos de pensamiento, problemas de atención; sintomatología externalizada, problemas sociales, el incumplimiento de reglas y problemas de agresividad.

En consecuencia, estos resultados descriptivos de la muestra, tanto los relativos al estrés cotidiano, como a la sintomatología de trastornos psicopatológicos, son consistentes con el hecho de que el estudio ha sido realizado en una muestra normalizada.

Objetivo2. Describir y explorar la relación de la variable estrés cotidiano infantil autopercibido con el desarrollo de sintomatología psicopatológica en el total de la muestra.

En el presente estudio, se han obtenido correlaciones estadísticamente significativas y positivas entre el estrés cotidiano autopercibido y las escalas de síntomas psicopatológicos, concretamente: problemas de depresión, ansiedad, trastornos somáticos, trastornos de pensamiento, problemas de atención, problemas sociales, el incumplimiento de reglas, problemas de agresividad, sintomatología internalizada y externalizada. De este modo, se observa que los estresores cotidianos, de baja intensidad pero de alta frecuencia, tienen una clara relación con la aparición de problemas psicopatológicos, relación que también se podría dar a la inversa, hallándose que a mayor puntuación de estresores cotidianos percibidos por los niños, presentan mayor vulnerabilidad al desarrollo de sintomatología psicopatológica internalizada y externalizada; y viceversa. Estos resultados, están en consonancia con la extensa literatura que desde hace más de dos décadas examina los correlatos emocionales de los niños que sufren estresores de impacto diario (Brotman-Band y Weisz, 1988; Campas et al., 2001; Jose y Ratcliffe, 2004; Sandler et al., 1997; Seiffge-Krenke, 2000; Wagner et al., 1988).

Así pues, este estudio ha aportado que el estrés cotidiano autopercibido, medido con el EeN, refleja claras y altas correlaciones significativas con la puntuación total del TRF y, concretamente, con la de los síntomas psicopatológicos siguientes: trastornos somáticos experimentados por estos niños/as, problemas sociales, así como problemas de atención, conductas agresivas, y sintomatología exteriorizada en general; y aporta unas claras tendencias en las variables de trastornos por ansiedad, el incumplimiento de reglas, y conductas internalizantes. Por su parte, el estrés cotidiano medido por el cuestionario IIEC, señala una alta correlación significativa en la variable del TRF de trastornos somáticos, y una tendencia a la significación en la variable problemas de atención.

Objetivo3. Describir y explorar la relación de la variable estrés cotidiano infantil autopercibido con el desarrollo de sintomatología psicopatológica en niños

En relación entre el estrés cotidiano infantil y la manifestación de problemas psicopatológicos, los resultados en función del sexo masculino de los participantes muestran una alta correlación positiva entre las puntuaciones de estrés cotidiano autopercibido, medido con las pruebas IIEC y EeN, y las escalas de síntomas psicopatológicos, niveles aportados a través de la prueba TRF en su versión dirigida a profesores.

De manera específica, este estudio ha determinado que en los niños de la muestra se pueden observar altas correlaciones significativas entre el estrés cotidiano autopercibido, medido con el cuestionario EeN, y sintomatología psicopatológica referente, concretamente, a trastornos somáticos y problemas sociales experimentados por estos niños; además de existir tendencias a la significación para el desarrollo de problemas atencionales, el incumplimiento de las reglas establecidas, y la puntuación total del TRF. Así como, igualmente, altas correlaciones significativas entre el estrés cotidiano autopercibido, medido con el inventario IIEC, y sintomatología psicopatológica concerniente, en este caso, a problemas somáticos.

Este hecho tiene que ver con la identidad de los roles sexuales y a las prácticas de socialización familiar (Kouzman y Kennedy, 2002), además de ello, cabe mencionar la importancia de las respuestas emocionales ante situaciones estresantes en función del sexo, los niños, concretamente, a diferencia que las niñas, se pueden sentir inhibidos por los estereotipos de género y la deseabilidad social, de manera que sus emociones reales son ocultadas (Shaffer, 2002), y por ello, la sintomatología psicopatológica que manifiestan, tiene que ver con los problemas anteriormente mencionados.

Objetivo 4. Describir y explorar la relación de la variable estrés cotidiano infantil autopercibido con desarrollo de sintomatología psicopatológica en niñas

En cuanto a la relación existente entre el estrés cotidiano autopercibido y la manifestación de síntomas psicopatológicos en las niñas de la muestra estudiada, se concluye que es positiva y claramente muy significativa desde un punto de vista estadístico. Se observa además una asociación más intensa para esta submuestra de niñas que para la de niños. Concretamente, existe una fuerte relación entre el estrés cotidiano autopercibido por estas niñas, medido con la prueba EeN, y sintomatología

psicopatológica, estimada a través del TRF por los profesores, específicamente en la escala total y en las escalas referentes a: trastornos somáticos, problemas sociales, trastornos de pensamiento, y muy especialmente en agresividad, y problemas exteriorizados en general, además de ello, se observan tendencias a la significación en su relación con el incumplimiento de reglas y la manifestación de conductas internalizantes, según el criterio de los profesores.

Una potencial explicación del hecho de que exista una mayor y más intensa asociación en niñas entre el estrés cotidiano autopercibido y la manifestación de psicopatologías, se puede vincular a las diferencias de identidad asociadas a los roles sexuales. A este respecto, la literatura revisada evidencia diferencias en las respuestas emocionales ante situaciones estresantes en función del sexo, señalando como posible razón la mayor inclinación de las niñas a informar de sus alteraciones emocionales (Piper, 1996). Igualmente, se destaca que los niños a diferencia que las niñas, se pueden sentir inhibidos por la deseabilidad social, así como por los estereotipos de género, no mostrando sus emociones reales (Shaffer, 2002). Estas diferencias están vinculadas a la identidad de los roles sexuales y a las prácticas de socialización familiar (Kouzma y Kennedy, 2002).

El hecho de que halla unas fuertes correlaciones significativas entre el estrés cotidiano autopercibido con agresividad y problemas exteriorizados en niñas, resulta sorprendente y paradójico teniendo en cuenta el convencimiento y creencias de la sociedad respecto al rol de las niñas. A este respecto, la explicación se encuentra en los estudios realizados por la autora Crick (2008), que defiende que las niñas, en general, en contra a la creencia tradicional, manifiestan conductas agresivas y problemas externalizados ante situaciones complicadas como la presencia de estresores, ya que además de afectarles más estos problemas (debido al mayor impacto que tienen sobre ellas los estresores, a las malas estrategias de afrontamiento que desarrollan, etc), el hecho de ir en contra de su rol, les hace potenciar aún más estos trastornos psicopatológicos.

Conclusiones

El presente estudio, pone de manifiesto que el estrés cotidiano autopercibido está claramente relacionado con el desarrollo, aparición y magnitud de diferentes tipos de psicopatologías en los sujetos que lo padecen. Aportando relaciones positivas, y altamente significativas. Y se ha mostrado, así mismo, el papel que juega la diferenciación sexual en estas relaciones.

1. El estrés cotidiano autopercibido por los participantes del estudio, parece ser que les lleva a un estado de preocupación y malestar por los acontecimientos diarios sufridos, situación que se relaciona, así mismo, con el desarrollo de síntomas psicopatológicos, relación considerada también a la inversa, especialmente los referidos a trastornos somáticos experimentados por estos niños/as, problemas sociales, problemas de atención, conductas agresivas, y sintomatología externalizada en general, además de vislumbrarse tendencias a la ansiedad, incumplimiento de reglas, y conductas internalizantes.

2. En cuanto al sexo, se pueden comprobar ciertas características que diferencian las sintomatologías psicopatológicas que se desarrollan en niños o en niñas en relación con el estrés cotidiano. Así mismo, concretamente en los niños, se manifiestan conductas psicopatológicas relacionadas con los trastornos somáticos y con problemas sociales, además tienden a presentar problemas de atención e incumplimiento de las reglas establecidas; respondiendo a los estereotipos de género y la deseabilidad social (Shaffer, 2002), así como a la identidad de los roles sexuales y a las prácticas de socialización familiar (Kouzma y Kennedy, 2002).

3. Sin embargo, en las niñas de la muestra estudiada, la relación con el estrés cotidiano autopercibido, es mayor en intensidad y cantidad de sintomatología psicopatológica, no solo en trastornos somáticos y problemas sociales como sus compañeros, sino que también este estrés cotidiano se relaciona con trastornos de pensamiento, y muy especialmente y en contra del rol preestablecido y típicamente aceptado de las niñas, con conductas agresivas y problemas exteriorizados en general, a parte, estas niñas tienden al incumplimiento de reglas y en general a conductas

internalizantes. Respecto al hecho de que puedan aparecer conductas agresivas en las niñas, autores como Crick (2002) defienden que los estudios que se refieren a conductas agresivas siempre se han centrado en el niño, pero al estudiar estas conductas en las niñas, como lo lleva haciendo desde hace seis años en un estudio longitudinal, se puede observar que éstas presentan claramente conductas agresivas que las separan de su preestablecido rol; y por tanto la agresividad es una variable que también debe ser aceptada y tenida en cuenta en este género.

4. Los resultados expuestos presentan consecuencias de carácter práctico para la intervención psicoeducativa en cuanto que aportan información referente a la importancia del estrés cotidiano en relación con problemas psicopatológicos, así como la incidencia del género en el desarrollo de diversa sintomatología psicopatológica en relación con el estrés cotidiano autopercebido sufrido por estos niños/as. Advirtiendo la necesidad del desarrollo de posibles pautas de prevención e intervención en el manejo de estresores en población escolar, especialmente en los niños/as que mayor afectación psicopatológica pueden presentar, como es el caso, en este estudio, de las niñas, que son además las más afectadas por los estresores cotidianos; aparte de ser de especial relevancia no adoptar la postura de obviar o dar por hecho el típicamente aceptado rol específico y predeterminado que diferencia a niños y niñas, aceptando que las conductas agresivas y externalizantes pueden manifestarse también a niñas. Todo lo mencionado, puede contribuir a dar pistas para la creación de entornos saludables y adecuados en la infancia.

Limitaciones y futuras mejoras del estudio

1. En primer lugar, una primera limitación del estudio está en su diseño correlacional, que solo establece relaciones entre variables y no una dirección o causa, además, a pesar de que fuera un estudio transversal, impediría establecer relaciones causales a medio y largo plazo entre las distintas variables, por lo que sería conveniente realizar un estudio longitudinal, para así poder establecer dichas relaciones y poder controlar, además, los niveles iniciales de sintomatología psicopatológica.

2. El problema de evaluar estrés cotidiano con dos cuestionarios autoinformados es que no tenemos capacidad para determinar si los efectos psicopatológicos se deben o asocian a este estrés reciente o al estrés vital vivido desde que el sujeto tiene uso de razón. Por ello, es conveniente evaluar a través de una entrevista estructurada (AVIA) el estrés vital de cada niño. Además de ser interesante tener en cuenta el estatus socioeconómico de la familia del niño, tanto el objetivo, (como la historia familiar, estudios, profesiones e ingresos de los progenitores), como el subjetivo estimado por los padres.

3. Otra limitación importante, se centran la carencia de fuentes de información referidas a los padres en las diversas variables evaluadas, por tanto, es conveniente, pues, tener en cuenta la importancia del estrés familiar y su efecto sobre el estrés percibido por el niño, usando cuestionarios como el FILE. No obstante, el hecho de que intervengan en este estudio informantes como los profesores-tutores, dota de una mayor solidez al diseño y los resultados del mismo.

4. Aunque, referente a estas líneas anteriores, el hecho de que la psicopatología haya sido evaluada por profesores tiene el problema de que se evalúan peor los posibles síntomas internalizantes. Por tanto, es interesante en este caso evaluar variables concretas y específicas como son ansiedad, depresión e ira a nivel de cuestionario autoinformado, como por ejemplo, los cuestionarios STAIC, CDI y STAXI, respectivamente.

5. Otra limitación de vital importancia es el uso de variables biológicas, se deben incluir marcadores hormonales de estrés, concretamente: Respuesta de cortisol al despertar, alfa-amilasa salivar al levantarse, y considerar la hormona DHEA. Estos marcadores nos servirán para monitorizar los niveles de estrés de esta muestra y, al mismo tiempo, explicarlos.

BIBLIOGRAFÍA

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M. (1978). The Child Behaviour Profile, I: Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 478-488.

Achenbach, T. M. (1991). Comorbidity in child and adolescent psychiatry: Categorical and quantitative perspectives. *Journals of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1, 271-278.

Achenbach, T. M. y Dumenci, L. (2001). Advances in empirically based assessment: Revised cross-information syndromes and new DSM-oriented scales for the CBCL, YSR, and TRF. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 699-702.

Achenbach, T. M. y Edelcrook, C. S. (1985). *Manual of the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile*: Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.

Achenbach, T. M. y Edelcrook, C. S. (1986). *Manual of teacher version of the Child Behaviour Checklist and Child Behaviour Profile*: Burlington, Vermont: Author.

- Achenbach, T. M. y Edelcrook, C. S. (1987). *Manual of the Youth self-report and Profile*. Burlington, Vermont: university of Vermont, department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y Rescorola, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Bulington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F. Y Barlow, D. H. (1996) Childhood anxiety disorders, *Child psychopathology*. New York: Guilford.
- Allgood-Merten, B., Lewinson, P. M y Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of abnormal psychology*, 99, 55-63.
- Álvarez, M. (2005). Estrés infantil. La imposibilidad de dar una respuesta adecuada a las exigencias cotidianas provoca en los niños una ansiedad desmesurada. En *psicología y salud mental*, 31/10/2005.
- Anderson, C. (2000). Response inhibition among attention-deficit-hyperactivity disordered and nonattention-deficit-hyperactivity disordered incarcerated male offenders: The role of temperament and goal cognitions. *Science and Engineering*, 61, 3268.

- Angold, A. y Costello, E. J. (2001). The epidemiologic of depression in children and adolescent. En I. M. Coodyear (Ed.), *The depressed child and adolescent* (pp. 143-178). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ankney, C. (1992). Sex Differences in Relative Brain Size: The Mismeasure of Woman, too? *Intelligence*, 16, 329-336.
- Anthony, J., Lonigan, C., Hooe E. y Philips B. (2002). An affected-based hierarchical model of temperament and its relations with internalising syntomatology. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 31, 465-479.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M. G., Monsma A., y Brillman, E. (1983). The role of perceived parental rearing practices in the aetiology of phobic disorders: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 143, 183-187.
- Arrindell, W. A., Kwee, M. G. T., Methorst, G. J., Van der Ende , J., Pol, E., y Moritz, B. J. M. (1989). Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 155, 526-535.
- Axelson, D. y Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders en childhood and adolescence. *Depression and anxiety*, 14, 67-78.

Baron-Cohen, S. (2004). *Prenatal Testosterone in Mind: Amniotic Fluid Studies*. Cambridge, MA: MIT Press.

Baker, S. R. (2003). A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health, and academic motivation and performance. *Personality-and-Individual-Differences*. Vol 35(3), 569-591.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. New Jersey: Prentice-Hall.

Baving, L., Laucht, M. y Schmidt, M. H. (2002). Frontal brain activation in anxious schoolchildren. *Journal of child psychology and psychiatry*, 43, 265-274.

Beck, A. T. (1967). *Depression. Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.

Bird, H., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M., et al. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment en a community survey in Puerto Rico: The use of combine measures. *Archives of general Psychiatry*, 45, 1120-1126.

- Bird, H. R. (2005). Pobreza y nivel socioeconómico. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. (pp.226-235). Barcelona: Masson
- Bleuer, M. (1963). Conception of schizophrenia within the last fifty years and today. *Processing of the Royal Society of Medicine*, 56, 945-952.
- Bor, W., Sanders, M. R., y Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the triple P-Positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behaviour and attentional/hyperactive difficulties *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 571-587.
- Brennan, P. A. y Walter, B. F. (2001). Vulnerability to schizophrenia: Risk factors in childhood and adolescence. In R. E. Ingram y J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to Psychopathology: Risk across the lifespan* (pp. 329-354). New York: Free Press.
- Brotman-Band, E. y Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24, 247-253.
- Brown, G. W. y Harris, T. O. (1978). *Social origins depression*. New York: Free Press

- Bussing, R., Gray, F., Mason, D. F., Leon, C., Sinha, K y Garvan, C. (2003). Child temperament, ADHA and caregiver strain: Exploring relationship in an epidemiological sample. *Journal of the American academic of child and adolescent psychiatry*, 42, 184-192.
- Brown, G. W. y Harris, T. O. (1989). *Life event and illness*. New York: Guilford Press.
- Carter, J. D., Peter, R., Mulder, R. T. y Luty, S. E. (2001). The contribution of temperament, childhood neglect and abuse to the development of personality dysfunctions: a comparison of three models. *Journal of personality disorders*, 15, 123-135.
- Cavis, H. y Carr, M. (2001). Gender differences of mathematic strategy use: the influence of temperament. *Learning and individual differences*, 13, 83-95.
- Cicchetti, D. y Cohen, D. J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. (Vol. 1, pp. 3-20). New York: Wiley.
- Cichetti, D. y Hinshaw, S.P. (2002). Editorial: Prevention and intervention science: Contributions to developmental theory. *Development and Psychopathology*, 14, 667-671.

- Cicchetti, D. y Hinshaw, S.P. (2002). Editorial: Prevention and intervention science: Contributions to developmental theory. *Development and Psychopathology*, 14, 667-671.
- Clark, L. A., Watson, D., Mineka, S. (1994). Temperament, personality and mood anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology*, 103, 103-116.
- Codorniu Raga, M. J. y Vigil Colet A. (2003). Sex Differences in Psychometric and Chronometric Measures of Intelligence among Young Adolescents. *Personality and Individual Differences*, 35, 681-68.
- Cohen, S., Kessler, R. C. y Gordon, L. U. (1995). *Measuring stress*. New York, NY: Oxford University Press.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G. Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markaman, H. J., et al. (1993). The science of prevention. *American Psychologists*, 48, 1013-1022.
- Colder, C., Mott, J. y Berman, A. (2002). The interactive effects of infant activity level and fear on growth trajectories of early childhood behaviour problems. *Development and psychopathology*, 11, 1-23.

- Colom, R, y García López O. (2002). Sex Differences in Fluid Intelligence among High School Graduates. *Personality and Individual Differences*, 32, 445- 45
- Compas, B. E., Connor, J. K., Saltzman, H., Thomses, A. H. y Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G., y Angold, A. (2003). Relationship between poverty and psychopathology. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2023-2029.
- Crick, N. R. (2002). Sugar and spice and everything nice? That's not what some girls are made of. *Institute of Child Development. University of Minnesota*. En <http://www.cehd.umn.edu/icd/faculty/Crick.html>.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young E. y Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.
- De Miguel, A., Fumero, A., y Hernandez, M. (1996). Habilidades interpersonales en universitarios: relaciones con ansiedad, motivación y estresores de la vida diaria / Interpersonal skills in university students: Relation with anxiety, motivation and hassles. *Psicologemas*-. Vol 10(19), 27-45.

Del Barrio, V. (1990).situación actual de la evaluación n de la depresión infantil.

Evaluación Psicológica. *Psychological Assessemnt*, 9, 2, 171-209.

Duggan, C., Sham, P., Minne, C., Lee A., y Murray, R. (1998). Quality of parenting and vulnerability to depression: Results from a family study. *Psychological Medicine*, 28, 185-191.

Dunn, J. (2001). The development of children's conflict and prosocial behaviour: Lessons from research on social understanding and gender. *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.

Eaton, W. W., Muntaner, C., Bovasso, G., y Smith C. (2001) socioeconomic status and depressive syndrome: the role or inert- and intra- generational mobility, government assistance, and work environment. *Journal of Health and social behaviour*, 42, 277-294.

Echavarri, M., Godoy, J. C., y Olaz, F. (2007). Gender differences in cognitive skills and academic performance in college students

Echavarri, M., Godoy, J. C., y Olaz, F., (2007). Diferencias de género en habilidades cognitivas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Univ. Psychol. v.6 n.2 Bogotá

- Edel Navarro, R. (2003). El rendimiento académico, concepto investigación y desarrollo. REICE - Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 1. Recuperado el 20 de febrero de 2004, de <http://www.ice.deusto.es/RINACE/reice/vol1n2/Edel.pdf>
- Essau, C. A., Conrado, J. y Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of anxiety disorders in german adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 14, 263-279.
- Evans, G. W., y English, K. (2002). The environment of poverty: multiple stressor exposure, psychophysiological stress, and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(4), 1238-1248.
- Ezpeleta, L. (1995). *Las entrevistas estructuradas en el diagnóstico psicopatológico infantil. Psicopatología del niño y el adolescente*. Sevilla: Manuales Universitarios.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson
- Fierro, A. (2002). *Personalidad, persona, acción*. Un tratado de Psicología. Madrid: Alianza Editorial.

- Fonseca, A. C y Perrin, S. (2001). Clinical phenomenology, classification and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. En W. K. Silverman (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 126-158). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fragoso Mondragón, T.C. y Alcántara Ávila, M. A. (2003). Influencia de los factores estresantes en el rendimiento escolar en alumnos de segundo de secundaria. *Psicología de la universidad Franco Mexicana*.
- Frick, P. J., Lahey, B., Applegate, B., Kerdyck, L., Ollendick, T. H., Hynd, G. W. et al. (1994). DSM-IV field trails for the disruptive behaviour disorders: Symptom utility estimates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 529-539.
- Garstein, M., y Rothbart, M. (2003). Studying infant temperament via the revised infant behaviour questionnaire. *Infant Behaviour and development*, 26, 64-86.
- Geary, D. (1999). Sex Differences in Mathematical Abilities: Commentary on the Math-Fact Retrieval Hypothesis. *Contemporary Educational Psychology*, 24, 267–274.

- Gerlsma, C., Emmelkamp P. M. G., y Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: a meta-analysis. *Clinical psychology Review*, 10, 251-277.
- Glueck, S. y Glueck, E. (1972). Identification on pre-delinquent: validation studies and some suggested use of Glueck table. New York: Intercontinental Medical Book Corp.
- González C. y Carranza, J. A. (2001). Componentes objetivos y subjetivos en el informe materno de la emocionalidad negativa en los niños de doce meses de edad. *Infancia y Aprendizaje*, 93, 19-33.
- Gotlib, I. H., Mount, J. H., Cordy N. I., Y y Whiffen, V. E. (1988). depression, and perception of early parenting: a longitudinal investigation. *British Journal of Psychiatry*, 152, 24-27.
- Grant, K. E. , Compas, B. E., Stuhlmacher, A., Thurm, A. E., McMahon, S. D. y Halpert, J. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markes to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129, 447-466.

- Grant, K. E. , Compas, B. E., Thurm, A. E. McMahon, S. D. y Gibson, P. Y. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(2), 412-425.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E. McMahon, S. D. y Gibson, P. Y. Campbell, A. J.(2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidencing of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 257-283.
- Gutierrez Calvo, M. (1996) Ansiedad y deterioro cognitivo: incidencia en el rendimiento académico / Anxiety and cognitive functioning: Effects on performance in academic tasks. *Ansiedad-y-Estres. Vol 2(2-3)*, 173-194.
- Gutierrez Calvo, M. (1996) Ansiedad y deterioro cognitivo: incidencia en el rendimiento academico / Anxiety and cognitive functioning: Effects on performance in academic tasks. *Ansiedad-y-Estres. Vol 2(2-3)*, 173-194.
- Hankin, B. L. y Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: Description and possible explanations. *Annals of Medicine*, 31, 372-379.

- Hankin, B. L. y Abramson, L. Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescent: reliability, validity and gender differences. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 31, 491-504.
- Harrington, R. (2001). Developmental continuities and discontinuities. *British Journal of Psychiatry*, 179, 189-790.
- Harrington, R. (2001). Developmental continuities and discontinuities. *British Journal of Psychiatry*, 179, 189-790.
- Heinonen, K., Räikkönen, K., Kesikivaara, P., y Keltikangas, L. (2002). Difficult temperament predicts self-esteem in adolescent. *European Journal of psychology*, 16, 439-455.
- Hinshaw, S. P., y Anderson, C. A. (1996). Conduct and oppositional defiant disorders. En E. J. Mash y R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 113-149). New York: Guildford.
- Holmes, T., y Rahe, R. (1967). The social reajustmentrating scale. *J Psychosom Res*, 11, 213-218.

Hooke, R. (1978). *Lectures and collections*. London: Printed by J. Martyn, Printer to the Royal Society.

Ingram, R. E. y Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress Models. En B. L. Hankin, y J. R. Abela (Eds.), *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective* (pp. 32-46). CA, US: Sage Publications.

Ingram, R. E. y Price, J. M. (2001). *Vulnerability to Psychopathology: Risk across the lifespan*. New York: Guilford Press.

Jose, P. E. y Ratcliffe, V. (2004). Stressors frequency and perceived intensity as predictors of internalizing symptoms: Gender and age differences in adolescence. *New Zealand Journal of Psychology*, 33(3), 145-154.

Kaminski, K. L. (1999) The relationships between students' perceived stress and support factors and academic motivation within two disparate secondary schools. (Motivation, adolescents, school environment). *Dissertation-Abstracts-International-Section-A:-Humanities-and-Social-Sciences*. Vol 59 (10-A), 3781.

Keltikangas-Järvinen, L., Kivimäki, M., y Kesikivaara, P. (2003). Parental practices, self-esteem and adult temperament: 17 year follow-up study of four population-based cohorts. *Personality and individual differences*, 34, 431-447.

- Kelvin, R. G., Goodyer P. M., y Altham, P. M. G. (1996). Temperament and psychopathology among siblings of probands with depressive and anxiety disorders. *Journal child psychology and psychiatry*, 37, 543-550.
- Kessler, E. C., y Magee W. J. (1993). Childhood adversities and adult depression: Basic patterns of association in a US national survey. *Psychological Medicine*, 23, 679-690.
- Kouzma, N. M. y Kennedy, G. A. (2002). Homework, stress, and mood disturbance in senior high school student. *Psychological Reports*, 91, 193-198.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A.E., Offord, D. R. , Kessler, R. C., Jensen, P. S. y Kufer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A.E., Offord, D. R. y Kufer, D. J. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158, 848-856.
- Lazarus, R. S., y Cohen, J. B. (1977). Environmental stress. En I. Altan y J. F. Wohill (Eds.), *Human behaviour and the environment: current research*. (pp. 88-127). New York Plenum.

- La Greca, A. M. (2001). Friend of foes? Peer influences on anxiety among children and adolescent. En W. K. Silverman (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 159-186). Cambridge: Cambridge University Press.
- La Greca, A. M. (2001). Friend of foes? Peer influences on anxiety among children and adolescent. En W. K. Silverman (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 159-186). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lazarus, P. J. (1982). Incidence of shyness in elementary school aged children. *Psychological Reports*, 51, 904-906.
- Lázarus, R. S. (1993). From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annu Rev Psicol.*, 44, 1-21.
- Lamont, J., Fischhoff, S., y Gottlieb, H. (1976). Recall of parental behaviours in female neurotic depressives. *Journal of Clinical psychology*, 32, 762-764.
- Lazarus R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez-Roca.
- Lazarus R. S. y Folkman, S. (1982). *Stress, Appraisal, and coping*. New York, Springer.

Lahey, B. B., Miller, T. L., Gordon, R. A., Riley, A. W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behaviour disorders. En H. C. Quay y A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behaviour disorders* (pp. 23-48). New York: Kluwer academic/Plenum Publishing.

Lewis, M. (2002). Towards a development of psychopathology: Models, definitions and prediction. *Handbook developmental psychopathology*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Lewis, M. (2002). Towards a developmentof psychopathology: Models, definitions and prediction. *Handbook developmental psychopathology*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Loeber, R. y Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its co morbid conditions: Effects of age school student. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.

Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philoppot, P., y Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of Epidemiology*, 157, 98-112.

Loukas, A. Zucker, R. A., Fitzgerald, H. E., y Krull, J. L. (2003). Developmental trajectories of disruptive behaviour problems among sons of alcoholic: Effects of parent psychopathology, family conflict and child under control. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 112, 119-131.

Lynn, R. (1994). Sex Differences in Intelligence and Brain Size: A Paradox Resolved. *Personality and Individual Differences*, 17, 257-271.

Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Brovedani, P., y Perugi, G. (2003). Temperament in adolescents with anxiety and depressive disorders and their families. *Child psychiatry and human development*, 33, 245-259.

McKeever , V. M y Huff, M. E. (2003). A diathesis-stress model of posttraumatic stress disorder: Ecological, biological, and residual stress pathways. *Review of General Psychology*, 7, 237-250.

McMahon, R. J. (1987). Some current issues in the behavioural assessment of conduct disordered children and their familiars, *Psicothema*, 8, 359-368.

Mealey, L. (2000). Sex Differences: Developmental and Evolutionary Strategies. New York: Academic Press.

- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Meehl, P. E. (1989). Schizotaxia revisited. *Archives of General Psychiatry*, 46, 935-944.
- Merino Soto, C. (1999). Visión Introductoria al Estrés Infantil. *Artículos de Psicopedagogía: Psicología de la educación para padres y profesores*.
- Merino Soto, C. (1999). Visión Introductoria al Estrés Infantil. *Artículos de Psicopedagogía: Psicología de la educación para padres y profesores*.
- Molina Moreno, A. (2001). Revista de Psiquiatría y Psicología en niños y adolescentes, 2(1): 23-40.
- Monroe, S. M. (1989). Stress and social support: Assessment issues. *Handbook of research in cardiovascular behavioural medicine*. New York: Plenum Press.
- Monroe, S. M. y Hadjiyannakis, H. (2002). The social environment and depression: Focusing on severe life stress. En I. H. Gotlib y C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 314-340). New York: Guilford Press.
- Monroe, S. M. y Simons, A. D. (1991). diathesis-stress theories in the context of life-stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 106-425.

- Oldenhinkel, A. J., Wittchen H. U., y Schuster, P. (1999). prevalence, 20 month incidence and outcome of unipolar depressive disorder in a community sample of adolescent. *Psychological Medicine*, 29, 655-658.
- Olweus, D. (1980). Familial determinants of aggression behaviour in adolescents. A casual analysis. *Developmental Psychology*, 16, 644-660.
- Osika, W., Friberg P. y Währborg, P. (2007). A new short self-Rating Questionnaire to Asses Stress in Children. *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 14, No. 2, 1-9.
- Parker, G. (1979). Reporter parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *British Journal of Psychiatry*, 135, 555-560.
- Parker, G. (1983). Parental "affectionless control" as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- Parker, G., y Hadzi-Paulovic, D. (1992). Parental representation of melancholic depressives: examining for specificity to depressive type and for evidence of additive affects. *Psychological Medicine*, 22, 654-665.
- Pennington, B. F. (2002). The developmental of psychopathology. Nature and nature. New York: Guilford Press

Pennington, B. F. (2002). The developmental of psychopathology. Nature and nature. New York: Guilford Press.

Perris, C., Arrindell, W. A., Perris , H., Eisemman, M., Van der Ende J., y VonKnorring L. (1986). Perceived depriving parental reading and depression. *British Journal of Psychiatry*, 148, 170-175.

Peterson, C., y Seligman, M. (1984). Casual explanation as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.

Pipher, M. (1996). *Reviving Ophelia*. Sydney: Doubleday.

Prior, M., Smart, D., Sanson, A., y Oberklaid, F. (2000) Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescents? *Journal of the American academic of child and adolescent psychiatry*, 39, 461-468.

Quay, H. C. (1986). *Classification psychopathology disorders of childhood (3º ed.)* New York. John Wiley y Sons.

Robinson, D. L. (1998). Sex Differences in Brain Activity, Personality and Intelligence: A Test of Arousalability Theory. *Personality and individual differences*, 25, 1133-1152.

Rodríguez Testal, J. F., Carrasco, M. A., del Barrio, V., y Lozano, J. F. (2002). Psicopatología infantil y características temperamentales de la madre. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 14, 65-85.

Rodríguez-Testal, J. F., Carrasco, M. A., del Barrio, V., y Lozano, J. F. (2002). Psicopatología infantil y características temperamentales de la madre. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 14, 65-85.

Rojo, L., Livianos, L., Cervera G., y Domínguez, J. A. (1999). Rearing style and depressive disorder in adulthood: a controlled study in Spanish clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 11, 548-554.

Rosenthal, D. (1963). A suggested conceptual framework. En D. Rosenthal (Ed.), *The Genian quadruplets* (pp. 505-516). New York: Basic Book.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611

Rutter, M. (1987). Temperament, personality and personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 150, 443-458.

- Rutter, M. (1988). Longitudinal data on the study of casual processes: Some uses and some pitfalls. En M. Rutter (Ed.), *Studies of psychosocial risk: of power of longitudinal data* (pp. 1-28). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. y Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Developmental and psychopathology*. 12, 265-296.
- Rutter, M. y Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Developmental and psychopathology*. 12, 265-296.
- Sameroff, A. J. (2000). Dialectical processes in developmental psychopathology, *Handbook developmental psychopathology*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Sameroff, A. J., Lewis, M. y Miller, S. M. (2000). *Handbook of developmental psychopathology*. Ann Arbor: University of Michingan.
- Sameroff, A. J., Seifer, R. y Bartko, T (1997). Environmental perspectives on adaptation during childhood and adolescence. *Developmental psychopathology*. New York: Cambridge University Press.

- Sameroff, A. J. (2000). Dialectical processes in developmental psychopathology, *Handbook developmental psychopathology*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Sandberg, S. (2007). Childhood Stress. *Encyclopaedia of Stress* (second edition). Volume 1, pp 442-449.)
- Sandi, C., Venero, C., y Cordero, M. I. (2001) Estrés, memoria y trastornos asociados: implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento. Barcelona: Ariel.
- Santed, M. A., Sandin, B., y Chorot, P. (1996). Cuestionario de estrés diario (CED) validez de constructo y el problema de la confusión de medidas. *Boletín de Psicología*, 51, 45-70.
- Santed, M. A., Sandin, B., y Chorot, P. (1998). El estrés diario desde el marco del modelo transaccional: cuestiones conceptuales y controversias. En J. Buendía (Ed). *Estrés y salud*. (pp. 21-49). Madrid: Biblioteca Nueva
- Sato, T., Sakado, D., Uehara, T., Narita, T., Hirano, S., Nishioka, K., et al. (1998). Dysfunctional parenting as a risk factor of lifetime depression in a sample of employed Japanese adult: Evidence for the “affectionless control” hypothesis. *Psychological Medicine*, 28, 737-742.

- Seiffge-Krenke, I. (2000). Casual links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32-34.
- Selye, H., (1956/1976). *The Stress of Life*, New York: Mc Graw-Hill.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Shaffer, D. R. (2002). *Developmental Psychology: Childhood and adolescence* (6th ed.). Belmont, CA: Wadsworth-Thomson Learning.
- Silva F. y Moro, M. 1994. Evaluación conductual en niños y adolescentes. En Fernández-Ballesteros (Dir.). Evaluación conductual hoy: un enfoque par el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Pirámide.
- Smith, J. (2004). *Reciprocal relations between peer stress and internalizing and externalizing symptoms during adolescence*. Tesis doctoral. Universidad de Vanderbilt.
- Storvoll, E. E. y Wichstrom, L. (2002). Do the risk factors associated with conduct problems in adolescent vary according to gender? *Journal of adolescence*, 25, 183-202.

- Stumpf, H., y Eliot, J. (1995). Gender-related Difference in Spatial Ability and the k Factor of General Spatial Ability in a Population of Academically Talented Students. *Personality and Individual Differences*, 19, 33-45.
- Takeda, Y. (2000). Aggression in relation to childhood depression: A study of Japanese 3°-6° graders. *Japanese Journal of developmental psychology*, 11, 1-11.
- Torres, A.; Gómez Gil, E., Vidal, A.; Puig, O.; Boget, E., Salamero, M. (2006). Diferencias de género en las funciones cognitivas e influencia de las hormonas sexuales. *Actas Esp Psiquiatr*, 34(6): 408-415
- Trad, P. V. (1986). *Infant depression. Paradigms and paradox*. New York: Spriger-Verlag.
- Trianes, M. V. (2002). *Estrés en la Infancia*. Madrid: Nancea.
- Turner, D. M., Beidel. D. C., y Wolff, P. L. (1996). Is behavioural inhibitions related to anxiety disorders? *Clinical Psychology Review*, 16, 157-172.
- Twenge, J. M., y Nolen-Hoeksma, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: a meta-analysis. *Journal of abnormal psychology*, 111, 578-588.

- Vasey, M. W. y Ollendick, T. H. (2000) Anxiety. En A. J. Sameroff (Ed.), *Handbook developmental psychopathology*, (2ªed., pp. 511-530). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Verhulst, F. M. (1995). Review of Community Studies. En F. C. Verhulst y H. M. Koot (Eds.), *The epidemiology of child and adolescent psychopathology* (pp. 146-177). Oxford: Oxford University Press.
- Wagner, B. M., Compas, B. E. y Howell, D. C. (1988). Daily and major life events: A test of an integrative model of psychosocial stress. *American Journal of community Psychology*, 16, 189-205.
- Weissa, E. M., Kemmler G., Deisenhammer E. A., Fleischhacker W. y Delazer M. (2003). Sex Differences in Cognitive Functions. *Personality and Individual Differences*, 35, 863-875.
- Weller, E. B., Weller, R. A., Fristad, M. A., Teare, M., Schecter, J. (2000). Children's interview for psychiatric Syndromes (ChIPS). *Journal American Child Adolescent Psychiatry*, 39, 1, 76-84.
- Windle, M., Lerner, R. M. (1986). Reassessing the dimensions of temperament individuality across the life span: the revised dimensions of temperament survey (DOTS-R). *Journal of Adolescent Research*, 1, 213-230.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington, DC: American Psychological Association.

ANEXOS

8. ANEXOS

ANEXO 1

INVENTARIO INFANTIL DE ESTRESORES COTIDIANOS

(IIEC)

(Trianes et al., 2007)

I.I.E.C.

(INVENTARIO INFANTIL DE ESTRESORES COTIDIANOS)

¿Qué eres? (rodea)

Nombre y apellidos: _____

niña niño

Curso: ____Colegio: _____Fecha: _____

Señala, por favor, las cosas que **te ocurren habitualmente** de las que aparecen a continuación, marcando con una X **SI** o **NO**.

	¿TE OCURRE ESTO? SI NO
SALUD	
1. Este curso he estado enfermo varias veces	
2. Con frecuencia me siento mal (dolor de cabeza, náuseas, etc.)	
3. Tengo cambios de apetito(como demasiado o como muy poco)	
4. Me sobresalto por cualquier cosa	
5. tengo pesadillas	
6. Me paso mucho tiempo sin hacer nada	
7. Me preocupa mi apariencia física (me veo muy gordo, o muy flaco)	
8. Me cuesta mucho concentrarme en una tarea	
9. Me canso muy fácilmente	
10. Me muevo constantemente no puedo estar quieto/a	
11. Mis padres me regañan por comer muchas chucherías	
12. Mis padres me llevan muchas veces al médico	

ESCUELA	
13. Tengo poco tiempo para jugar con mis amigos/as	
14. Normalmente saco malas notas	
15. He tenido cambios imprevistos de maestro/a	
16. Mis maestros/as son muy exigentes conmigo	
17. Participo en demasiadas actividades extraescolares	
18. En el colegio se meten mucho conmigo	
19. Las tareas del colegio me resultan difíciles	

FAMILIA	SI	NO
20. Visito poco a mis familiares (abuelos, tíos, primos, etc.)		
21. paso mucho tiempo solo en casa		
22. Paso poco tiempo con mis padres		
23. Mi madre está en paro		
24. Mis padres me mandan más cosas de las que puedo hacer		
25. Hay problemas económicos en mi casa		
26. Mi padre/madre tiene malos hábitos (bebe fuma mucho, etc.)		

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO 2

INVENTARIO DE ESTRÉS EN NIÑOS

(EeN)

(Osika, Friberg y Währborg, 2007)

ESTRÉS EN NIÑOS (EeN) (Osika, Friberg y Währborg, 2007)

Por favor, lee atentamente cada una de las siguientes frases e indica con qué frecuencia te han ocurrido estas situaciones en el último mes:

1.	Me enfado	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
2.	Me duele la cabeza	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
3.	Me gusta ir al colegio	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
4.	Me siento tranquilo/a y feliz	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
5.	Me duele el estómago	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
6.	Me siento solo/a	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
7.	Me siento triste	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
8.	Me gusta estar en el colegio	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
9.	Los otros niños se ríen de mí	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
10.	Me quedo dormido/a con facilidad por la noche	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
11.	Me siento tranquilo	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
12.	Las cosas me salen como las tengo planeadas	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
13.	Me siento feliz	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
14.	Cuando estoy feliz lo demuestro	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
15.	no logro las cosas que me propongo	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
16.	Cuando me pasa algo malo me ayuda estar con mis amigos	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
17.	Cuando estoy triste lo demuestro	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
18.	No puedo con las cosas que tengo que hacer	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
19.	Cuando tengo problemas tengo un adulto con quien hablar	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
20.	Protesto cuando alguien se ríe de mí	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
21.	Me resulta fácil concentrarme durante las clases	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente

ANEXO 3

INVENTARIO DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO PARA PROFESORES

(CBCL-TRF)

(Thomas Achenbach, 2001)

INVENTARIO DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO PARA PROFESORES (CBCL-TRF) (Thomas Achenbach, 2001)

A continuación hay una lista de frases que describen a los (las) niños(as). Para cada frasee que describa al alumno(a) *ahora o durante los últimos dos meses* haga un círculo en el número **2** si la frase si frase describe al alumno(a) *muy a menudo o bastante a menudo*. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe al alumno(a) *algo o algunas veces*. Haga un círculo en el **0** si la descripción respecto al alumno(a) *no es cierta*. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible incluso si algunas de ellas parecen no describir al alumno(a).

0 = No es cierto (que sepa usted)

1 = Algo o algunas veces cierto

2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo

- | | | | | |
|----------|----------|----------|-----|--|
| 0 | 1 | 2 | 1. | Se comporta como si fuera más pequeño |
| 0 | 1 | 2 | 2. | Canturrea o hace otros ruidos raros en clase |
| 0 | 1 | 2 | 3. | Discute mucho |
| 0 | 1 | 2 | 4. | No termina las cosas que empieza |
| 0 | 1 | 2 | 5. | Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar |
| 0 | 1 | 2 | 6. | Desafiante, contesta a los profesores |
| 0 | 1 | 2 | 7. | Es presumido(a), engreído(a) |
| 0 | 1 | 2 | 8. | No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo |
| 0 | 1 | 2 | 9. | No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos, está obsesionado |
| 0 | 1 | 2 | 10. | No puede estar quieto sentado, es movido o hiperactivo |
| 0 | 1 | 2 | 11. | Es demasiado dependiente o apegado a los adultos |
| 0 | 1 | 2 | 12. | Se queja de que se siente solo |
| 0 | 1 | 2 | 13. | Está distraído o en las nubes |
| 0 | 1 | 2 | 14. | Llora mucho |
| 0 | 1 | 2 | 15. | Movido(a) |
| 0 | 1 | 2 | 16. | Es agresivo , cruel, o malo con los demás |
| 0 | 1 | 2 | 17. | Sueña despierto se pierde en sus propios pensamientos |

- | | | | | |
|---|---|---|-----|--|
| 0 | 1 | 2 | 18. | Se hace daño a sí mismo deliberadamente o ha intentado suicidarse |
| 0 | 1 | 2 | 19. | Exige mucha atención |
| 0 | 1 | 2 | 20. | Rompe sus propias cosas |
| 0 | 1 | 2 | 21. | Rompe las cosas de sus familiares o de otras personas |
| 0 | 1 | 2 | 22. | Le cuesta seguir instrucciones |
| 0 | 1 | 2 | 23. | Desobedece en la escuela |
| 0 | 1 | 2 | 24. | Molesta a otros compañeros |
| 0 | 1 | 2 | 25. | No se lleva bien con otros compañeros |
| 0 | 1 | 2 | 26. | No parece sentirse culpable después de portarse mal |
| 0 | 1 | 2 | 27. | Se pone celoso fácilmente |
| 0 | 1 | 2 | 28. | Se salta las normas de la escuela |
| 0 | 1 | 2 | 29. | Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela |
| 0 | 1 | 2 | 30. | Le da miedo ir a la escuela |
| 0 | 1 | 2 | 31. | Le da miedo de que pueda pensar o hacer algo malo |
| 0 | 1 | 2 | 32. | Cree que tiene que ser perfecto |
| 0 | 1 | 2 | 33. | Cree o se queja de que nadie le quiere |
| 0 | 1 | 2 | 34. | Cree que los demás le quieren perjudicar |
| 0 | 1 | 2 | 35. | Se siente inferior o cree que no vale nada |
| 0 | 1 | 2 | 36. | Se hace daño con mucha frecuencia o es propenso a tener accidentes |
| 0 | 1 | 2 | 37. | Se mete en muchas peleas |
| 0 | 1 | 2 | 38. | Los demás se burlan de él/ella a menudo |
| 0 | 1 | 2 | 39. | Va con niños jóvenes que se meten en problemas |
| 0 | 1 | 2 | 40. | Oye sonidos o voces que no existen |
| 0 | 1 | 2 | 41. | Impulsivo, actúa sin pensar |
| 0 | 1 | 2 | 42. | Prefiere estar solo |
| 0 | 1 | 2 | 43. | Mentiroso o tramposo |
| 0 | 1 | 2 | 44. | Se muerde las uñas |
| 0 | 1 | 2 | 45. | Ansioso, nervioso o tenso |
| 0 | 1 | 2 | 46. | Movimientos nerviosos o tics |
| 0 | 1 | 2 | 47. | Demasiado conformista |

- | | | | | |
|---|---|---|-----|---|
| 0 | 1 | 2 | 48. | No cae bien a otros compañeros |
| 0 | 1 | 2 | 49. | Tiene dificultades de aprendizaje |
| 0 | 1 | 2 | 50. | Demasiado ansioso o miedoso |
| 0 | 1 | 2 | 51. | Se siente mareado |
| 0 | 1 | 2 | 52. | Se siente culpable por cualquier cosa |
| 0 | 1 | 2 | 53. | No respeta el turno al hablar |
| 0 | 1 | 2 | 54. | Se cansa demasiado |
| 0 | 1 | 2 | 55. | Tiene sobrepeso |
| | | | 56. | Problemas físicos <i>sin causa médica</i> : |
| 0 | 1 | 2 | a. | Dolores o molestias (no incluya dolor de estómago o cabeza) |
| 0 | 1 | 2 | b. | Dolores de cabeza |
| 0 | 1 | 2 | c. | Nauseas, se siente mal |
| 0 | 1 | 2 | d. | Problemas con los ojos (valórela como 0 si usa gafas) |
| 0 | 1 | 2 | e. | Erupciones u otros problemas en la piel |
| 0 | 1 | 2 | f. | Dolores de estómago o retortijones |
| 0 | 1 | 2 | g. | Vómitos |
| 0 | 1 | 2 | h. | Otros (describa): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 57. | Ataca a otras personas físicamente |
| 0 | 1 | 2 | 58. | Se mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo |
| 0 | 1 | 2 | 59. | Se duerme en clase |
| 0 | 1 | 2 | 60. | Apático, poco motivado |
| 0 | 1 | 2 | 61. | Trabajo deficiente en la escuela |
| 0 | 1 | 2 | 62. | Mala coordinación o torpeza |
| 0 | 1 | 2 | 63. | Prefiere estar con niños mayores que él/ella |
| 0 | 1 | 2 | 64. | Prefiere estar con niños jóvenes menores que el/ella |
| 0 | 1 | 2 | 65. | Se niega a hablar |
| 0 | 1 | 2 | 66. | Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones |
| 0 | 1 | 2 | 67. | Altera la disciplina de la clase |
| 0 | 1 | 2 | 68. | Grita mucho |
| 0 | 1 | 2 | 69. | Muy reservado, se calla todo |
| 0 | 1 | 2 | 70. | Ve cosas que no existen |
| 0 | 1 | 2 | 71. | Se avergüenza con facilidad, tiene mucho sentido del ridículo |

- | | | | | |
|---|---|---|------|--|
| 0 | 1 | 2 | 72. | Trabajo chapucero |
| 0 | 1 | 2 | 73. | Se comporta irresponsablemente |
| 0 | 1 | 2 | 74. | Le gusta llamar la atención o hacerse el gracioso |
| 0 | 1 | 2 | 75. | Muy tímido |
| 0 | 1 | 2 | 76. | Conducta explosiva o impredecible |
| 0 | 1 | 2 | 77. | Sus demandas deben ser satisfechas inmediatamente, se frustra fácilmente |
| 0 | 1 | 2 | 78. | Desatento, se distrae fácilmente |
| 0 | 1 | 2 | 79. | Problemas para hablar |
| 0 | 1 | 2 | 80. | Se queda mirando al vacío |
| 0 | 1 | 2 | 81. | Se siente herido cuando le critican |
| 0 | 1 | 2 | 82. | Roba |
| 0 | 1 | 2 | 83. | Almacena cosas que no necesita |
| 0 | 1 | 2 | 84. | Comportamiento raro |
| 0 | 1 | 2 | 85. | Ideas raras |
| 0 | 1 | 2 | 86. | Tozudo, malhumorado, irritable |
| 0 | 1 | 2 | 87. | Cambios repentinos de humos o sentimientos |
| 0 | 1 | 2 | 88. | Malhumorado, pone mala cara |
| 0 | 1 | 2 | 89. | Desconfiado, receloso |
| 0 | 1 | 2 | 90. | Dice groserías, usa lenguaje obsceno |
| 0 | 1 | 2 | 91. | Habla de querer matarse |
| 0 | 1 | 2 | 92. | Rinde por debajo de sus capacidades |
| 0 | 1 | 2 | 93. | Habla demasiado |
| 0 | 1 | 2 | 94. | Se burla de los demás o molesta mucho |
| 0 | 1 | 2 | 95. | Tiene rabietas o mal genio |
| 0 | 1 | 2 | 96. | Parece preocupado por el sexo |
| 0 | 1 | 2 | 97. | Amenaza a otros |
| 0 | 1 | 2 | 98. | Llega tarde al colegio |
| 0 | 1 | 2 | 99. | Fuma tabaco |
| 0 | 1 | 2 | 100. | No cumple las tareas que se le mandan |
| 0 | 1 | 2 | 101. | Hace novillos, falta a la escuela sin motivos |
| 0 | 1 | 2 | 102. | Poco activo, lento o le falta energía |
| 0 | 1 | 2 | 103. | Infeliz, triste o deprimido |

- | | | | | |
|---|---|---|------|--|
| 0 | 1 | 2 | 104. | Más ruidoso de lo común |
| 0 | 1 | 2 | 105. | Toma alcohol o drogas |
| 0 | 1 | 2 | 106. | Demasiado preocupado por agradas |
| 0 | 1 | 2 | 107. | No le gusta la escuela |
| 0 | 1 | 2 | 108. | Tiene miedo de cometer errores |
| 0 | 1 | 2 | 109. | Se queja mucho |
| 0 | 1 | 2 | 110. | Apariencia personal sucia |
| 0 | 1 | 2 | 111. | Se aísla, no se relaciona con los demás |
| 0 | 1 | 2 | 112. | Se preocupa mucho |
| 0 | 1 | 2 | 113. | Por favor, anote cualquier otro problema que tenga el alumno y
no esté incluido en e esta lista_____. |
-